Medicare y Usted 2000

Este manual explica...

- **Sus beneficios con Medicare**
- **Sus opciones con el plan Medicare**
- **Donde llamar para conseguir ayuda**

Lo esencial se resume en las páginas 1-3.
Conserve este manual para referencia futura.

PUBS
RA
412
.3
M43s
2000

ADMINISTRACIÓN PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

La Agencia Federal de Medicare

TABLA DE CONTENIDO

TEMA	PÁGINA(S)
El contenido esencial de Medicare y Usted	1-3
Una bienvenida	1
Como utilizar este libro	2
Un vistazo a Medicare	3
Sus beneficios de Medicare	4-9
Ayudando a pagar los costos de servicios de salud	9
Escogiendo su Plan Medicare	10-20
El Plan Original de Medicare	10-14
Plan de Salud Administrada	15-20
Donde llamar cuando necesita ayuda	21-36
Sus derechos y protecciones con Medicare	37-42
Preguntas y Respuestas (Más ayuda con sus preguntas sobre Medicare)	43-53
Definiciones de términos importantes	54-55
Índice (una lista alfabética de temas de Medicare)	56-57

Compartiendo a *Medicare y Usted*: Domicilios con hasta cuatro personas con Medicare recibirán un sólo manual para compartir. Esto le ayuda a Medicare ahorrar dinero. Las demás personas con Medicare en esos domicilios recibirán una tarjeta postal, que les dirá como pueden obtener un manual extra si hace falta. Si su hogar recibió más de un manual pero quiere compartir copias en el futuro, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-800-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o vocales).

Si Usted tiene Protección por Medio de su Empleador o Sindicato: Vea información importante en la página 10.

Beneficiarios del Plan de Retiro Ferroviario: Llame a su Junta de Retiro Ferroviario local para respuestas a sus preguntas sobre Medicare. Puede encontrar su oficina local llamando al 1-800-808-0772. Mayor información sobre Medicare para Retirados Ferroviarios puede encontrarse en el Internet en www.rrb.gov.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-800-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o vocales), o busque en el Internet en www.medicare.gov para información local sobre planes de salud Medicare en su área.

Medicare y Usted explica el programa Medicare. No es un documento legal. Las disposiciones oficiales del programa Medicare se contienen en las leyes, reglamentos, y fallos judiciales correspondientes.

¡Bienvenido a *Medicare*!

Este manual le presenta los puntos esenciales de Medicare. Las primeras tres páginas son un resumen muy corto que usted puede leer para entender las cosas más importantes. El resto del manual entra en mayor detalle. **Por favor guárdelo donde pueda encontrarlo si lo necesita.**

Usted puede usar este manual para entender como funciona Medicare. Le dirá cuales son las protecciones que Medicare le ofrece, y que hacer cuando tenga algún problema.

Este manual es válido desde el 1º de enero, 2000 hasta el 31 de diciembre, 2000. Cada otoño usted recibirá un manual nuevo para utilizar en el año siguiente, para que esté siempre al corriente de los cambios en Medicare.

Usted debe saber que:

- ✓ Con Medicare usted tiene opciones de como recibir sus servicios de salud (ver página 10).
- ✓ Medicare no paga por todos sus gastos de salud. Pero es posible que usted consiga más protección médica (ver página 12). También es posible que usted obtenga ayuda para pagar sus costos de atención médica (ver página 9).
- ✓ Medicare le protege y le ofrece derechos (ver página 37).
- ✓ Medicare tiene una línea telefónica gratis. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-800-486-2048 para personas con impedimentos auditivos o vocales) para obtener más ayuda con sus preguntas sobre Medicare (ver página 53), o busque en el Internet en www.medicare.gov.

Queremos que usted sepa que nosotros siempre estaremos comprometidos con que Medicare trabaje para usted.

Donna E. Shalala
Secretaria, Departamento de Salud y Servicios Humanos

Nancy-Ann Min DeParle
Administradora, Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud.

Como Utilizar Este Manual

Si usted es recién llegado a Medicare, o si quiere saber más sobre Medicare...

Conviene que lea sobre:	En página(s)...
La cobertura que ofrece Medicare	5-8
Como conseguir ayuda para pagar sus gastos médicos	9
Como puede conseguir su cobertura Medicare	11
Sus derechos y protecciones bajo Medicare	37-42
Como inscribirse con Medicare Parte B	43

Si quiere aprender sobre los Planes de Servicios Administrados de Medicare...

Conviene que lea sobre:	En páginas(s)...
Quien puede inscribirse	15
Como funcionan	16
Como conseguir una lista actualizada de Planes de Servicios Administrados de Medicare en su área	17
Como inscribirse	18-19

Si tiene cobertura médica por medio de un plan patronal o sindical...

Conviene que lea sobre:	En páginas(s)...
Que puede pasar con su cobertura si se inscribe con servicios administrados	10
Que hacer si pierde su cobertura patronal o sindical	14

Si necesita cuidado en el hogar, en un hospicio, de salud mental, o cuidado especializado de enfermería...

Conviene que lea sobre:	En páginas(s)...
Lo que cubre Medicare	5-6
Sus derechos y protecciones para estos tipos de atención	40-41
Como conseguir información más detallada	50

¿Qué Novedades hay en *Medicare y Usted 2000*?

Una línea telefónica gratis para ayudar con sus preguntas sobre Medicare, ver página 53.
Un nuevo aviso sobre salud en el hogar, ver página 40.
Utilizando el Internet para comparar asilos para ancianos, ver página 51.
Exámenes para el cáncer de la próstata, ver página 7.

Nota: La terminología en rojo se define en las páginas 54-55

Un Vistazo Rápido a Medicare

Medicare es un Programa de Seguro de Salud para:

- Personas de 65 años de edad o mayores.
- Ciertas personas incapacitadas menores de 65 años de edad.
- Personas con Enfermedad Renal en Etapa Final (paro permanente de los riñones tratado por diálisis o transplante).

Medicare tiene dos partes:

Parte A (Seguro de Hospital, ver página 4).
La mayoría de las personas no tienen que pagar por Parte A.

Parte B (Seguro Médico, ver página 4).
La mayoría de las personas tiene que pagar mensualmente por Parte B.

Puede ser que usted tenga opciones sobre como recibir sus servicios de salud.

- **El Plan Original de Medicare** - Este plan está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos (ver página 11), y es la forma en que la mayoría de las personas reciben sus servicios de salud de Medicare Parte A y Parte B. Usted puede ir a cualquier doctor, especialista, u hospital que acepte Medicare. Usted paga su porción, y Medicare paga la suya. Ciertas cosas, como por ejemplo medicinas recetadas, no se cubren.

- **Planes de Servicios Administrados** - Estos son opciones de servicios de salud en ciertas áreas del país (ver página 15). La mayoría de los planes sólo le permiten ir a doctores, especialistas, u hospitales que constan en la lista del plan. Estos planes deben cubrir todos los servicios de salud de Medicare Parte A y Parte B, pero hay algunos planes que cubren cosas adicionales, como por ejemplo medicinas recetadas. Sus costos pueden ser menores que con el Plan Original de Medicare.

Medicare cubre ciertos exámenes médicos y vacunas que pueden ayudarle a conservar su salud (ver página 7).

Usted puede conseguir ayuda con sus preguntas sobre Medicare (ver página 53).

¿Qué son Parte A y Parte B?

Parte A (Seguro de Hospital)

Ayuda a Pagar Por: Atención en hospitales, centros de enfermería especializada, hospicios, y ciertos tipos de cuidado en el hogar. (Ver página 5).

Costo: La mayoría de las personas no tienen que pagar una cuota mensual (prima) para disfrutar de Parte A, ya que ellos (o su cónyuge) pagaron el impuesto de Medicare mientras trabajaban.

Para Mayor Información:

Llame a su Intermediario Fiscal con respecto a cuentas y servicios (ver páginas 27-28). Su Intermediario Fiscal es el que maneja sus cuentas de Medicare Parte A.

Si usted (o su cónyuge) no pagó impuestos de Medicare mientras trabajaba, es posible que pueda conseguir Parte A. Si no está seguro si tiene Parte A, examine su tarjeta blanca-azul-y-roja de Medicare. Esta dirá "Part A (Hospital Insurance)", en la esquina inferior izquierda de la tarjeta (ver página 11). Si quiere, también puede llamar a su oficina local del Seguro Social, o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Parte B (Seguro Médico)

Ayuda a Pagar Por: Doctores, atención hospitalaria ambulatoria, y ciertos otros servicios médicos no cubiertos en Parte A, como por ejemplo los servicios de terapia física y ocupacional, y ciertos servicios de salud en el hogar. Parte B ayuda a pagar por servicios de doctor que son médicamente necesarios. (Ver páginas 6-8).

Para Mayor Información:

Llame a su Agencia de Seguros de Medicare cuando tenga preguntas con respecto a cuentas y servicios (ver páginas 23-24). Su Agencia de Seguros de Medicare es la que maneja sus cuentas de Medicare Parte B.

Costo: Usted paga la prima de Medicare Parte B de $45.50* al mes. Este es el monto para 1999, y puede ser que cambie el 1º de enero, 2000. En algunos casos, este monto puede ser más elevado si usted no escogió la Parte B cuando se volvió elegible. **El costo de la Parte B puede subir hasta en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito en Parte B, pero no lo hizo.** Ver página 43 para más información sobre la inscripción en Parte B.

Inscribirse en la Parte B es una opción que usted puede elegir. Si usted escoge Parte B, la prima usualmente se sustrae de su pago mensual de Seguro Social, Retiro Ferroviario, o Retiro del Servicio Civil. Si usted no recibe ninguno de estos pagos, cada 3 meses Medicare le mandará una cuenta por su prima Parte B. Usted debería recibir su cuenta por la prima Medicare para el día 10 de cada mes. Si no ha recibido su cuenta para el día 10, avísele al Seguro Social al 1-800-772-1213.

* El monto para la nueva prima Parte B estará disponible para el 1º de enero, 2000.

Medicare Parte A (Seguro de Hospital) Cubre:	Lo Que Usted Paga en 1999* Según el Plan Original de Medicare
Estadías en el Hospital: Habitación semiprivada, comidas, enfermería general, y otros servicios y suministros hospitalarios. Esto no incluye enfermería privada, televisión o teléfono en su habitación, o una habitación privada, a menos que sea necesario por razones médicas. Cobertura de estancias en una institución siquiátrica por razones de salud mental se limitan al plazo de 190 días por vida.	**Por cada período de beneficios usted paga:** • Un total de $768 por la estadía en un hospital de 1-60 días. • $192 por día para los días 61-90 de estadía en un hospital. • $384 por día para los días 91-150 de estadía en un hospital. (Ver Días Reserva en página 55). • Todo costo para cada día por encima de los 150 días.
Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés):** Habitación semi-privada, servicios de enfermería especializada y de rehabilitación, y otros servicios y suministros (después de una estadía en un hospital por 3 días). Para mayor información sobre los SNFs y el cuidado a largo plazo, ver páginas 40 y 50.	**Por cada período de beneficios usted paga:** • Nada por los primeros 20 días. • Hasta $96 por día para los días 21-100. • Todo costo por encima del día 100 en el período de beneficios. Si usted tiene preguntas sobre cuidado SNF y las estipulaciones de la cobertura, llame a su Intermediario Fiscal. Esta es la empresa que paga cuentas de Medicare Parte A (ver páginas 27-28).
Servicios de cuidado de la salud en el hogar:** Cuidado (tiempo parcial) de enfermería especializada, terapia física, terapia vocal, servicios de un asistente para la salud en el hogar, equipo médico duradero (como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores para caminar) y suministros, y otros servicios (ver páginas 40 y 50).	**Usted paga:** • Nada por los servicios de cuidado de la salud en el hogar. • El 20% del monto aprobado para equipo médico duradero. Si tiene preguntas sobre sus servicios de cuidado de la salud en el hogar y las reglas de la cobertura, llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar (ver páginas 29-30).
Cuidado de Hospicio:** Servicios médicos y de apoyo de un hospicio aprobado por Medicare, medicinas para el control de síntomas y para aliviar el dolor, relevo para que descanse el cuidador a corto plazo, atención en un hospicio, hospital, o asilo para ancianos cuando sea necesario, y otros servicios no cubiertos por Medicare. También se cubre el cuidado en el hogar.	**Usted paga:** • Un co-pago de hasta $5 por medicinas de receta ambulatoria, y un 5% del monto cubierto por Medicare para cuidado interno de relevo (cuidado a corto plazo que le brinda otro cuidador a un paciente de hospicio, para que el cuidador de costumbre pueda descansar). El monto que usted abona por el cuidado de respiro (descanso) puede cambiar anualmente. Si usted tiene preguntas sobre el cuidado de hospicio y las condiciones de cobertura, llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar (ver páginas 29-30).
Sangre: Suministrado en un hospital o centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta.	**Usted paga:** Por las primeras 3 pintas de sangre.

* Los montos nuevos para Parte A *y* Parte B estarán disponibles para el 1º de enero, 2000.
** Usted debe cumplir con ciertas condiciones para que Medicare cubra estos servicios.

Si usted tiene preguntas generales sobre Medicare Parte A, llame a su Intermediario Fiscal. Esta es la empresa que paga las cuentas de Medicare Parte A (ver páginas 27-28).

Medicare Parte B (Seguro Médico) Cubre:	Lo Que Usted Paga en 1999* Según el Plan Original de Medicare
Servicios Médicos y Otros: Servicios de doctor (excepto exámenes físicos de rutina), servicios y suministros médicos externos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos, cargos de centros de cirugía ambulatoria para procedimientos aprobados, y equipo médico duradero (tal como sillas de ruedas, camas de hospital, oxígeno, y andadores para caminar). También cubre terapia física y ocupacional externa, incluyendo terapia vocal, y servicios de salud mental.	**Usted Paga:** • $100 deducible (pagar una vez por año calendario). • 20% del monto aprobado después del deducible, excepto en el contexto ambulatorio. (Ver pregunta 12 en la página 47). • 20% de $1,500 por todo servicio ambulatorio de terapia física y vocal. Usted paga todos los cargos por encima de $1,500. **(Servicios externos de terapia en hospital no cuentan para el limite de $1,500).** • 50% de la mayoría de los servicios de salud mental externos.
Servicios de Laboratorio Clínico: Exámenes de sangre, urinálisis, y más.	**Usted Paga:** • Nada por servicios
Servicios de Salud en el Hogar:** Cuidado especializado (tiempo-parcial), servicios de ayudante de salud en el hogar, equipo médico duradero suministrado por una agencia de salud del hogar cuando se recibe servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare, y otros suministros y servicios.	**Usted Paga:** • Nada por servicios • 20% del monto aprobado para equipo médico duradero.
Servicios de Hospital Externos: Servicios para el diagnostico o tratamiento de enfermedades o heridas.	**Usted Paga:** • 20% del monto facturado (después del deducible). • Durante el año 2000, esto cambiará a un monto determinado de co-pago.
Sangre: Pintas de sangre que se necesiten como paciente externo, o como parte de un servicio cubierto por Parte B.	**Usted Paga:** • Por las primeras 3 pintas de sangre, y después por 20% del monto aprobado por pintas adicionales de sangre (después del deducible).

* Los montos nuevos para Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1° de enero, 2000.
** Usted debe cumplir con ciertas condiciones para que Medicare cubra estos servicios.

Nota: Los montos actuales que usted deberá pagar pueden ser mayores si el médico no acepta la asignación (ver página 47). Si usted tiene preguntas generales sobre su cobertura Medicare Parte B, llame a su Agencia de Seguros Medicare. Esta es la empresa que paga las cuentas de Medicare Parte B (ver páginas 23-24).

Servicios Preventivos Cubiertos por Medicare Parte B	Quien Está Cubierto...	Lo Que Usted Paga...
Medición de la Masa Ósea: Varía según su estado de salud	Ciertas personas con Medicare con riesgo de perder masa ósea.	20% del monto aprobado por Medicare después del deducible anual Parte B
Examen para el Cáncer Colorectal: • Examen de Sangre Oculta en Materia Fecal - Una vez al año • Sigmoidoscopía - Una vez cada cuatro años • Colonoscopía - Una vez cada dos años si usted presenta alto riesgo para el cáncer del colon. • Enema de Barium - El mèdico puede usarla en vez de la colonoscopía o la sigmoidoscopía.	Toda persona con Medicare, de 50 años o más. Sin embargo, no hay limite de edad para la colonoscopía.	No hay co-seguro y no hay deducible Parte B para los exámenes de sangre oculta en materia fecal. Para todo otro examen, el 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible anual Parte B.
Monitoreo de Diabetes: Incluye cobertura del monitoreo de glucosa, tiras para exámenes, lancetas, y entrenamiento para auto-administración.	Toda persona con Medicare con diabetes (sea o no usuario de insulina).	20% del monto aprobado por Medicare después del deducible anual Parte B.
Examen de Mamografía: Una vez al año.	Toda mujer con Medicare de 40 años o más.	20% del monto aprobado por Medicare sin deducible anual Parte B.
Citología Pap y Examen Pélvico: (Incluye un examen clínico de los senos). Una vez cada tres años. Una vez al año si usted presenta alto riesgo de cáncer cervical o vaginal, o si usted es de edad fértil y tuvo un examen Papanicolau en los tres años anteriores.	Toda mujer con Medicare.	No hay co-seguro y no hay deducible Parte B para los exámenes Papanicolau (cargos del laboratorio clínico). Para servicios del médico y otros exámenes, 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible anual Parte B.
Examen para el Cáncer de la Próstata: Comenzando el 1º de enero, 2000. • Examen Digital Rectal - Una vez al año. • Examen de Antígeno Específico de la Próstata (PSA, por sus siglas en inglés)-Una vez al año.	Todo hombre con Medicare de 50 anos o más.	Generalmente, 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible anual Parte B. No hay co-seguro y no hay deducible Parte B para el examen PSA.
Vacunas: • Vacuna contra la Influenza (gripe)-Una vez al año. • Vacuna contra la Pulmonía – Posiblemente una sea suficiente, consulte a su médico. • Vacuna contra la Hepatitis B - Si usted es de mediano a alto riesgo para la hepatitis.	Toda persona con Medicare.	No hay co-seguro y no hay deducible Parte B para las inyecciones contra la gripe y la pulmonía si el médico acepta la asignación. Para las vacunas contra Hepatitis B, 20% del monto aprobado por Medicare después del deducible anual Parte B.

Servicios de ambulancia (cobertura limitada)

- Brazos, piernas, y ojos artificiales.
- Abrazaderas para los brazos, piernas, espalda, y cuello.
- Servicios quiroprácticos (limitado).
- Atención de emergencia.
- Anteojos - un par después de cirugía para cataratas con lente intraocular.
- Diálisis y transplantes de riñón.
- Suministros médicos - como bolsas para ostomía, vendas quirúrgicas, tablillas, yesos, y ciertos suministros para diabéticos.
- Medicinas recetadas para pacientes externos (muy limitado).
- Servicios preventivos (ver página 7)
- Prótesis, incluyendo prótesis del seno después de mastectomía.
- Servicios de practicantes tal como sicólogos clínicos, trabajadores sociales, y enfermeras practicantes.
- Transplantes - corazón, pulmón, e hígado (bajo ciertas condiciones).
- Rayos-X y ciertos otros exámenes diagnósticos.

Cosas que no pagan ni Medicare Parte A ni Parte B en el Plan Original de Medicare.

El Plan Original de Medicare no lo cubre todo. Los gastos de su propio bolsillo para sus servicios de salud incluirán, pero no se limitan a:

- Su prima mensual Parte B ($45.50 en 1999*).
- Deducibles, co-seguros, o co-pagos cuando usted reciba servicios de salud (ver "Lo Que Usted Paga" en las páginas 5-7).
- Medicinas recetadas para pacientes externos (excepto unas pocas excepciones).
- Exámenes de rutina o anuales.
- Vacunas, excepto aquellas mencionadas en la página 7.
- Zapatos ortopédicos.
- Cuidado custodial (ayuda para bañarse, vestirse, con el aseo, o para comer) en el hogar o en un asilo para mayores.
- La mayoría de los servicios de salud dental y los dientes postizos.
- Cuidado rutinario de los pies.
- Aparatos para sordos.
- Cuidado rutinario de los ojos.
- Servicios médicos que usted reciba mientras esté viajando fuera de los Estados Unidos (excepto en circunstancias muy limitadas).
- Cirugía cosmética.

Hay limites fijos para cada año calendario sobre los servicios de terapia física ambulatoria y ocupacional, incluyendo terapia vocal, con la excepción de aquellos que usted reciba en los departamentos externos del hospital. El Plan Original de Medicare paga por ciertos tipos de cuidado preventivo, pero no todos (ver página 7).

Usted puede conseguir ayuda para cubrir los gastos no cubiertos por Medicare (página 12). También puede inscribirse en un plan administrado de Medicare y obtener beneficios adicionales (ver páginas 15-20).

* Los montos nuevos para Parte A y Parte B estarán disponibles para el 1º de enero, 2000.

Cómo puedo conseguir ayuda para pagar mis gastos de salud?

Si usted no puede pagar sus primas Medicare y otros gastos, es posible que pueda obtener ayuda de su Estado. Usted puede calificar para un programa de asistencia con Medicare, como un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), Beneficiario de Medicare de Ingreso Bajo Especificado (SLMB), o Individuo Calificado (QI).

Estos programas se ofrecen a ciertas personas de ingresos bajos calificadas para Medicare. Pueden servir para pagar todo o parte de la prima de Medicare, y también pueden pagar los deducibles y co-seguros de Medicare. Para calificar, usted debe tener Parte A (Seguro de Hospital), un ingreso limitado (ver abajo), y sus recursos, como cuentas bancarias, acciones, y bonos, no deben sumar más de $4,000 para una sóla persona, o $6,000 para una pareja.

Si usted no está seguro si tiene Parte A, examine a su tarjeta blanca-azul-y-roja de Medicare. Dirá "Part A (Hospital Insurance)" en el margen inferior izquierdo de la tarjeta. O llame gratis al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Nuevo Seguro de Salud para Niños Menores de 19 Años.

Un nuevo Programa de Seguro de Salud para Niños está disponible en su Estado. Llame al 1-877-KIDS-NOW (1-877-543-7669) para más detalles.

Estos Programas pueden no ofrecerse en Guam, Puerto Rico, Islas Vírgenes, Islas Marianas del Norte y Samoa Norteamericana.

	Límite de Ingreso Mensual*		
	Individuo	Pareja	Programa Paga Para Medicare
QMB	$707	$942	Primas, deducibles, y co-seguro
SLMB	$844	$1,126	Prima mensual Parte B
QI-1	$947	$1,265	Prima mensual Parte B
Q1-2	$1,222	$1,633	Una pequeña parte de la prima mensual Parte B

Para mayor información sobre estos programas, llame a la oficina de asistencia médica en su área (ver página 34). Si necesita más ayuda, por favor llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Alguien allí le podrá ayudar a encontrar el número telefónico para su Estado.

*Se permiten montos un poco más elevados en Alaska y Hawaii. Los limites de ingreso cambiarán ligeramente en 2000, y los limites nuevos estarán disponibles para el 1° de abril, 2000.

La Forma en que Usted Consigue Sus Servicios de Salud es Importante

¿Sabe usted con seguridad cuál es su cobertura para servicios de salud? Si no, le conviene averiguarlo. Puede ser que Medicare no sea la única fuente de cobertura para servicios de salud a su alcance, y es posible que usted consiga cobertura para servicios de salud o asistencia que le rebaje los gastos de su propio bolsillo, o que le brinda mayores beneficios de lo que trae Medicare.

Si usted o su cónyuge todavía trabajan o si son retirados, tal vez puedan obtener cobertura patronal o sindical de sus servicios de salud.

- Llame a su empleador o sindicato para averiguar si pueden conseguir cobertura para servicios de salud basado sobre el empleo actual o pasado de su cónyuge.
- Si usted sí tiene derecho a esta cobertura, pídale a su administrador de beneficios que le ayude a comparar los costos y beneficios de ésta con los de Medicare.

Precaución: Si usted ya tiene cobertura patronal o sindical, hable con su empleador o sindicato antes de inscribirse en un plan Medicare, ya que existe la posibilidad de que usted no pueda regresar a su cobertura anterior.

Si usted es un veterano o retirado militar, puede tener derecho a beneficios médicos:

- Si usted es un veterano, llame al Departamento de Asuntos Veteranos de los Estados Unidos al 1-800-827-1000. Si usted es retirado militar, también puede llamar al Departamento de Defensa al 1-800-321-1080 para mayor información.

Si usted tiene un ingreso bajo y pocos recursos, puede ser que califique para obtener ayuda para pagar sus gastos de salud:

- Vea la página 9 para ver si usted califica para recibir ayuda para pagar sus gastos de salud. También puede llamar a la oficina de asistencia médica de su Estado (ver página 34).

No importa si usted califique para cobertura de salud patronal, o sindical, o militar, o de Medicare, a usted le conviene averiguar sobre todas las diferentes formas en que puede recibir sus servicios de salud. La opción que usted escoja puede afectar lo que le va costar, los beneficios que puede recibir, cuales doctores puede ver, y otras cosas que pueden serle importantes (ver página 11).

Cuáles Son Mis Opciones con el Plan Medicare?

El Congreso creó el programa Medicare + Opción para permitir que más empresas privadas de seguros le ofrecieran cobertura a personas en Medicare. Las siguientes dos secciones le explicarán las dos formas más comunes en que usted puede recibir sus servicios de salud con Medicare.

1. El Plan Original de Medicare (disponible en todo el país).

2. Planes de Servicios Administrados

Si usted vive en una área atendida por planes de servicios administrados Medicare, posiblemente tendrá otras opciones de como recibir sus servicios de salud Medicare. Lea las páginas 15-20 para ver si califica.

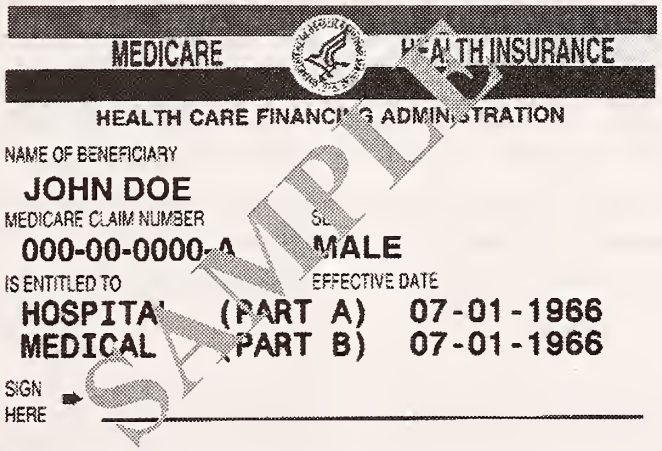
No importa el modo en que usted reciba sus servicios de salud Medicare, usted siempre está con el programa Medicare.

1. El Plan Original de Medicare

Al Plan Original de Medicare también se le conoce como "Pago-por-servicio". Usualmente, a usted se le cobra un honorario por cada servicio o suministro de salud que usted reciba. **Si usted está contento recibiendo sus servicios de salud de esta manera, usted no tiene que cambiar nada**. Usted permanecerá en el Plan Original de Medicare a menos que ingrese en un Plan de Salud Administrada Medicare.

Usted sabrá que está en el Plan Original de Medicare si:

- Utiliza su tarjeta blanca-azul-y-roja cuando recibe servicios de salud (ver abajo):


MEDICARE HEALTH INSURANCE

HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION

NAME OF BENEFICIARY
JOHN DOE
MEDICARE CLAIM NUMBER SEX
000-00-0000-A MALE
IS ENTITLED TO EFFECTIVE DATE
HOSPITAL (PART A) 07-01-1966
MEDICAL (PART B) 07-01-1966
SIGN HERE

SAMPLE

En el Plan Original de Medicare:

- Usted puede visitar a cualquier médico, especialista, u hospital que acepte Medicare. Generalmente se le cobra un honorario cada vez que usted recibe un servicio.
- Usted paga la prima mensual Parte B de $45.50 (en 1999), que ordinariamente se sustrae de su pago mensual de Seguro Social, Retiro Ferroviario, o Retiro del Servicio Civil. Usted también paga un monto por los servicios de salud que recibe durante el año (deducibles) antes de que Medicare reciba su parte. Después, Medicare paga su parte, y usted paga la suya (co-seguro). Después de que usted reciba un servicio de salud, usted recibirá por correo una Explicación de Beneficios Medicare o un Aviso Resumen Medicare. Estas son enviadas por la empresa que maneja las facturas para Medicare. El aviso trae una lista de lo que se cobró, cuanto pagó Medicare, y cuanto usted debe pagar.

¿Cómo varía el gasto directo de mi bolsillo?

Sus costos dependen de:

- Si su doctor está de acuerdo en aceptar lo que paga Medicare (ver pregunta 12 en la página 47).
- Que tan a menudo usted requiere servicios de salud.
- Que tipo de servicios de salud usted necesita.
- Si usted recibe servicios de salud mientras viaja fuera de los Estados Unidos.
- Si usted elige pagar por servicios o suministros no cubiertos por Medicare (ver "Usted tiene protección contra cuentas inesperadas", en la página 39).

Para ayudar a cubrir los costos que Medicare no cubre:

- Mantenga o consiga cobertura patronal o sindical (ver página 10), o
- Compre una póliza de Seguro Suplemental (Medigap) Medicare (ver página 13), o
- Averigüe si califica para recibir ayuda de su Estado (ver página 9).

Para más información sobre el Plan Original de Medicare, vea preguntas 10-12 en las páginas 46-47.

¿Qué tipos de seguros privados suplementan a Medicare?

Hay muchos tipos privados de cobertura de salud que pagan todo o parte de los costos por servicios de salud no cubiertos por Medicare. A estos comúnmente se les llama "cobertura suplemental", que incluyen:

- Cobertura Patronal* (de empleador o sindicato);
- Cobertura de Retirado* (de un antiguo empleador o sindicato); y
- Seguro Medigap (de una empresa o grupo privado).

¿Qué es Medigap?

Una póliza "Medigap" complementa al Plan Original de Medicare. Seguros Medigap deben cumplir con leyes Federales y Estatales. Estas leyes sirven para protegerlo a usted. Toda póliza Medigap está claramente marcado como "Seguro Suplemental Medicare". **En el resto de este manual, pólizas de Seguro Suplemental Medicare se llamarán Medigap.**

En la mayoría de los estados, una póliza Medigap debe ser una de diez pólizas estandarizadas, para que usted pueda compararlas fácilmente. Cada póliza ofrece una serie distinta de beneficios. Dos de las pólizas estandarizadas pueden tener la opción de un deducible grande. Adicionalmente, cualquier póliza estandarizada puede venderse como una póliza "Medicare SELECT". Pólizas Medicare SELECT por lo general cuestan menos, porque requieren que usted utilice a determinados doctores y hospitales. En casos de emergencia, usted tiene el derecho de utilizar a cualquier doctor u hospital.

Si usted está en un plan de Salud Administrada Medicare, o si tiene cobertura Medicaid, usted no necesita una póliza Medigap. Por lo general, en estas circunstancias no es legal que alguien le venda una póliza de este tipo.

¿Cuándo es que la mayoría de las personas compran una póliza Medigap por primera vez?

Por seis meses a partir del primer día del mes en que usted llega a los 65 años de edad o más y se inscribe por primera vez con Medicare Parte B, usted tiene el derecho de comprar la póliza Medigap de su elección. Durante este período de inscripción abierta, la compañía de seguros no puede negarle cobertura de seguros o cambiar el precio de una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o en la actualidad. Una vez que usted se inscribe en Parte B, el período de seis meses para la inscripción abierta en Medigap comienza y no puede cambiarse.

* Si usted abandona su cobertura patronal o sindical de grupo, probablemente no podrá volver a ella. Llame al administrador de beneficios de su patrono o sindicato para más información.

Importante ▶

Excepto en los casos que se describen a continuación, si usted no compra una póliza Medigap durante su período de inscripción abierta, es posible que no podrá comprar la póliza de su preferencia, o que se le cobrará más por la póliza. Si usted abandona su póliza Medigap, también es posible que no podrá conseguirla de nuevo. Sin embargo, hay ciertas situaciones en donde usted tiene el derecho de conseguir una póliza Medigap después de su período de inscripción abierta. En tales casos, la compañía de seguros no podrá negarle cobertura, o cambiar el precio de una póliza por motivo de sus problemas de salud en el pasado o en la actualidad. Por ejemplo:

- Usted pierde su cobertura de salud (sin culpa suya) bajo un plan de Salud Administrada Medicare, Medigap, o póliza Medicare SELECT, o su cobertura patronal, o
- Usted se inscribe en un plan de Salud Administrada Medicare por primera vez, y antes de que transcurra un año de haberse inscrito, decide que quiere salirse del servicio administrado. Si usted era nuevo a Medicare cuando se inscribió en el plan, es posible que pueda escoger cualquier póliza Medigap. Si usted ya tenía una póliza Medigap antes de inscribirse en el plan, es posible que pueda volver una vez más a esa misma póliza.

Para averiguar si estos derechos son aplicables a su situación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usted podrá hablar con un representante de servicio al cliente, y pedir un folleto que se llama *Pólizas y Protecciones de Seguro Suplemental Medicare (Medigap)*. Para obtener estas protecciones, usted debe pedir una póliza Medigap dentro de **63 días-calendario** después de la expiración de su cobertura.

Para Más Información Sobre Pólizas Medigap:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una copia de *la Guía de Seguros de Salud para las Personas con Medicare*. Esta guía le dará información sobre como comprar una póliza Medigap, como utilizar seguros Medigap y otros tipos de seguros de salud, y sus derechos y protecciones. La guía también está disponible en el Internet en www.medicare.gov.
- Contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver página 25). Consejeros voluntarios también pueden ayudarle a entender y comparar sus opciones con Medigap. Este servicio es gratuito.

2. Planes de Servicios Administrados Medicare

Los planes de servicios de salud administrados Medicare se ofrecen por medio de empresas privadas. Son una manera diferente de obtener sus servicios de salud Medicare. Muchas personas con Medicare han optado por los servicios administrados. Una empresa tiene el derecho a decidir que un plan estará disponible para toda persona con Medicare dentro de un Estado, o que puede ofrecerse sólo en ciertos condados. La empresa también puede decidir que quiere ofrecer más de un plan dentro de una área determinada, con beneficios y costos diversos. **Cada año, las empresas de servicios de salud administrados deciden si quieren meterse o dejar a Medicare.**

Algunas personas en Medicare ya pertenecen a un plan de Salud Administrada. Si usted ya está en un plan de Salud Administrada Medicare, debe poseer una tarjeta de membresía con el nombre del plan. Si usted no está seguro si pertenece a un plan de Salud Administrada Medicare, puede llamar al número impreso en su tarjeta de membresía, o llamar a su oficina local del Seguro Social, o llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213.

Si usted ingresa a un plan de Salud Administrada Medicare:

- Usted todavía está con el programa Medicare.
- Usted debe seguir pagando la prima mensual Parte B de $45.50 (en 1999).
- Usted mantiene sus derechos y protecciones Medicare (ver páginas 37-42).
- Usted todavía recibirá sus servicios normales cubiertos por Medicare (ver páginas 5-8).

¿Puedo ingresar a un plan de Salud Administrada Medicare?

Usted puede ingresar a un plan de Salud Administrada Medicare si:

- Usted tiene tanto la Parte A (Seguro de Hospital) y la Parte B (Seguro Médico).
- Usted no padece de enfermedad renal en etapa final (paro permanente de los riñones con diálisis o transplante). Sin embargo, si usted tiene enfermedad renal en etapa final, y ya pertenece a un plan de Salud Administrada Medicare, usted puede quedarse en su plan. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información sobre la enfermedad renal en etapa final y los servicios de salud administrados Medicare.
- Usted vive dentro del área de servicio del plan. El área de servicio es la zona dentro de la cual el plan acepta miembros, y en donde usted puede obtener servicios por medio del plan. Por lo general, si usted se traslada fuera del área de servicio del plan, no puede quedarse dentro del plan. Usted debe desinscribirse, y entonces quedará cubierto bajo el Plan Original de Medicare. O, puede escoger la opción de inscribirse en otro servicios de salud administrados Medicare, si hay uno disponible en su nuevo domicilio.

¿Cómo funciona un plan de Salud Administrada?

- En la mayoría de los planes de servicios de salud administrados, usted solo puede visitar a determinados doctores y hospitales que han acordado tratar a los miembros del plan. Generalmente, usted solo puede visitar a un especialista (como un cardiólogo) después de conseguir un referido (ver página 49), que señala que su doctor dentro del plan dijo que está bien que vaya.
- A menudo usted puede recibir beneficios adicionales, como medicinas recetadas para pacientes externos.
- Algunos planes de servicios de salud administrados ofrecen una opción de "Punto-de-Servicio". Esto le permite visitar a otros doctores y hospitales que no están en la lista del plan. En la mayoría de los casos esta opción cuesta más, pero le brinda más opciones.

¿Cómo varían los costos directos de mi bolsillo?

Sus costos dependen de:

- Si el plan cobra una prima adicional por encima de la prima mensual de Parte B ($45.50 en 1999).
- Cuanto cobra el plan por consulta: por ejemplo, un co-pago de $5 o $10 cada vez que usted visita a su médico (en vez del co-seguro del 20% que cobra el Plan Original de Medicare).
- Que tipo de servicios de salud usted necesita, y que tan a menudo los recibe.
- Cuanto cobra el plan por beneficios adicionales.
- Si usted recibe servicios de salud fuera del área de servicio del plan (excepto en casos de emergencia, ver página 49).

¿Qué factores necesito considerar cuando considero Planes de Salud Administrada?

- **Costo:** ¿Cuánto serán los costos directos de mi bolsillo?
- **Elección de Médico:** ¿Quiénes son los médicos del plan? ¿Puedo visitar al médico o médicos que yo quiero visitar?
- **Beneficios:** ¿Recibiré servicios y suministros adicionales, por ejemplo medicinas recetadas para pacientes externos?
- **Conveniencia:** ¿Adónde se ubican los consultorios de los médicos del plan, y cuáles son sus horarios? (Generalmente usted no puede recibir servicios de salud fuera del área de servicio del plan).
- **Calidad:** ¿Qué tan eficaz resulta el plan en mantener saludables a sus miembros, o en brindarles tratamiento cuando están enfermos?

SI NECESITA ESCOGER UN PLAN DE SALUD ADMINISTRADA, USTED NECESITA SABER...	PARA AVERIGUAR.....
¿Se ofrece este plan en donde yo vivo, cuánto cuesta, y que beneficios adicionales cubre?	Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida una lista gratis y actualizada de todos los planes que se ofrecen donde usted vive, con información sobre beneficios y costos adicionales. O Mire a *Medicare Compare* en el Internet en www.medicare.gov. Si usted no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para mayores puede ayudarlo. ENTONCES Llame a cualquier plan que le pueda interesar. Este puede decirle si el plan se ofrece donde usted vive, y puede enviarle información actualizada y detallada sobre sus beneficios y costos adicionales.
¿Qué médicos u hospitales pertenecen a este plan?	Llame a su médico para preguntarle si esta en el plan y si quiere continuar atendiéndolo si usted se inscribe en ese plan.
¿Cómo se califica al plan en términos de calidad?	Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida información sobre la calidad y satisfacción. Se le enviará sin costo alguno. O Busque en *Medicare Compare* en el Internet, en www.medicare.gov. Si usted no tiene una computadora personal, su biblioteca local o centro para mayores puede ayudarlo.
¿Qué tal responde el plan a quejas?	Llame al plan. Comenzando el 1º de febrero, 2000, usted podrá pedirle información a cualquier plan de Salud Administrada sobre cualquier queja o apelación que se haya hecho (ver página 38).
¿Quién puede ayudarme a comparar planes?	Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ver página 25). Consejeros voluntarios pueden ayudarle a comparar los planes de servicios de salud administrados que le son disponibles.

¿Cómo puedo conseguir información para ayudarme a decidir si quiero ingresar a un plan de Salud Administrada?

Usted necesitará información actualizada sobre cada plan que le interese antes de tomar una decisión sobre a cual unirse (ver página 20). Los planes pueden meterse o salirse de Medicare, y los costos y beneficios adicionales pueden cambiar.

Antes de inscribirse en un plan de Salud Administrada Medicare, recuerde que.

- Los planes de servicios de salud administrados son ofrecidos por empresas privadas. De año en año ellos cambian los beneficios adicionales que ofrecen, y cuanto cobran. Los planes deben informarle de antemano sobre estos cambios.
- Cuando un plan de Salud Administrada firma un contrato con Medicare, se compromete a permanecer con Medicare por lo menos un año calendario. Cada año, toman una decisión empresarial de quedarse o salir del programa Medicare.
- Los médicos pueden inscribirse o salir de los programas de servicios de salud administrados en cualquier momento.
- Planes de servicios de salud administrados pueden cobrar una prima mensual adicional, por encima de su prima mensual Parte B.
- Algunas empresas de servicios de salud administrados limitan el número de miembros en sus planes. Puede ser que estos planes no acepten nuevos miembros en determinado momento. Cualquier empresa podrá decirle si su plan ya ha llegado a su límite, o si todavía está inscribiendo miembros nuevos.

¿Cómo puedo inscribirme en un plan de Salud Administrada?

Para unirse a un Plan:

1. Llame al plan y pida la solicitud de inscripción.
2. Llene el formulario y envíeselo al plan.
3. Usted recibirá una carta informándole la fecha en que comienza su cobertura.

Nota: Durante el mes de noviembre, los planes de servicios de salud administrados Medicare (con algunas excepciones) tienen la obligación de aceptar miembros nuevos. Si usted se une en noviembre, su cobertura comenzará el 1º de enero, 2000.

Usted no puede inscribirse en más de un sólo plan de Salud Administrada a la vez. Si trata de unirse a más de un plan de Salud Administrada con las mismas fechas efectivas, terminará en el mismo plan con el que comenzó (sea un plan de Salud Administrada o el Plan Original de Medicare), y continuará recibiendo sus servicios de salud por medio de ese plan.

Si usted se inscribe en un plan de Salud Administrada y luego cambia de opinión, tiene que llamar al plan con que se inscribió antes de la fecha en que comienza su cobertura. Dependiendo de cuando llame, el plan podrá pedirle que llene un formulario para retirarse. Si el plan no se lo pide, usted no tiene que llenar ningún formulario para renunciar al plan. Después de cancelar, usted puede permanecer en su plan actual (incluyendo el Plan Original de Medicare) o inscribirse en un nuevo plan de Salud Administrada.

¿Cómo me retiro de un plan de Salud Administrada?

En el año 2000, usted podrá retirarse de un plan en cualquier momento y por cualquier motivo. Escríbale al plan o a la Administración del Seguro Social y dígales que quiere renunciar. Cuando usted se retira de un plan vuelve automáticamente al Plan Original de Medicare (a menos que se inscribe en otro plan de Salud Administrada Medicare). En la mayoría de los casos, su cobertura nueva empieza el mes después de que usted se haya salido del plan.

Comenzando en el año 2002, usted soló podrá salirse de un plan en momentos determinados. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para mayor información.

¿Puedo quedarme con mi póliza Medigap si me inscribo en un plan de Salud Administrada?

Si usted se inscribe en un plan de Salud Administrada Medicare, puede conservar su póliza Medigap (pero no puede utilizarlo a menos que vuelva al Plan Original de Medicare). Si usted abandona su póliza Medigap, es posible que tenga el derecho de conseguir otra póliza Medigap en una fecha posterior si:

- Pierde su cobertura en un plan de Salud Administrada Medicare (sin culpa suya), o
- Se mete por primera vez en un plan de Salud Administrada Medicare, y dentro de un año de haberse inscrito, decide que quiere salirse del plan de Salud Administrada. Si usted era recién llegado a Medicare cuando se unió al plan, es posible que puede escoger cualquier póliza Medigap que quiera. Si usted ya tenía una póliza Medigap antes de unirse al plan, es posible que pueda conseguir la misma póliza de nuevo.

Para más información sobre pólizas Medigap, vea páginas 13-14.

Para averiguar si estos derechos se aplican a su situación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usted puede hablar con un representante de servicio al cliente y pedir un folleto que se llama *Medicare Supplemental Insurance (Medigap) Policies and Protections*. Para conseguir estas protecciones, usted debe pedir una póliza Medigap **dentro de 63 días calendario** después de que haya expirado su cobertura.

Para Más Información Sobre Como Usted Puede Conseguir sus Servicios de Salud ▶

1. Vea preguntas 13-18 en páginas 48-49.

2. Llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227,TTY/TDD: 1-877-486-2048** para personas con impedimento auditivo o vocal) y pida:

   - Informes detallados sobre el plan - una lista de costos y beneficios de los planes disponibles donde usted vive.
   - Información sobre la calidad de planes disponibles donde usted vive.
   - La *Tabla Comparativa de los Planes de Salud de Medicare* (para ayudarle a comparar planes).
   - La guía llamada *Guía de Seguros de Salud Para las Personas con Medicare*. Esta guía proporciona información sobre como comprar una póliza Medigap, como utilizar seguros Medigap y otros tipos de seguros de salud, y sus derechos y protecciones. Esta guía también está disponible en el Internet en www.medicare.gov.

Para Más Información Sobre Otros Planes ▶

Usted tal vez habrá oído hablar de las Cuentas de Ahorro Médico Medicare y de Planes Privados de Pago-por-Servicio. A la hora de imprimir este folleto, no había ninguna compañía privada de seguros que ofrecía este tipo de plan a personas con Medicare. Para averiguar si estos planes se han hecho disponibles en su área o para conseguir folletos sobre estos planes, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** y pida:

- *Su Guía Para Cuentas de Ahorro Médico Medicare.*
- *Su Guía Para Planes Privados de Pago-por-Servicio.*

A Quien Llamar para Conseguir Ayuda con sus Preguntas Medicare

Medicare trabaja con una variedad de grupos que pueden ayudarlo con sus preguntas sobre Medicare. En las siguientes 14 páginas están los números telefónicos que usted puede llamar cuando necesite ayuda. Si hay un numero especial para su Estado, estará en esta lista. Si usted esta en un plan de servicios administrados de Medicare, llame a su plan cuando tenga preguntas sobre cuentas, servicios de salud, y apelaciones.

Llame a...	Si tiene preguntas sobre...	Ver página...
Administración del Seguro Social (SSA)	Cambios en su dirección, Parte A o Parte B de Medicare, tarjeta Medicare perdida, y beneficios de Seguro Social	22
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud	Pólizas de Seguro Suplemental Medicare (Medigap)	25
Agencia de Seguros de Salud	Cuentas y servicios Parte B, fraude y abuso	23-24
Agencia de Seguros de Equipo Médico Duradero (DMERC)	Cuentas para equipo médico duradero y una lista de suministradores aprobados para este equipo	26
Intermediario Fiscal (FI)	Servicios y cuentas Parte A, cuidado de hospital, cuidado de enfermería especializada, fraude y abuso	27-28
Oficina Regional de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA)	Seminarios locales y ferias de salud sobre sus opciones de plan de salud Medicare, y para reportar quejas	35
Línea Gratis 1-800-MEDICARE	Información general sbore Medicare, y para pedir publicaciones de Medicare e información sobre planes de salud	22
Oficina para los Derechos Civiles	Discriminación	22
Oficina del Inspector General	Para reportar fraude y abuso	22
Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO)	Quejas sobre la calidad del cuidado, o para interponer apelaciones o quejas	31-32
Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar (RHHI)	Servicios se salud en el hogar, cuidado de hospicio, fraude y abuso	29-30
Departamento Estatal de Seguros	Pólizas de Seguro Suplemental de Medicare (Medigap) disponibles en su área	33
Oficina Estatal de Asistencia Médica	Programas de ayuda para personas de escasos recursos para pagar cuentas médicas	34
Junta de Retiro Ferroviario (sólo para beneficiarios del retiro ferroviario)	RRB - cuentas y cobertura de Medicare	22
	Beneficios RRB, tarjeta Medicare perdida, montos de primas Medicare, como inscribirse en Medicare	22

Línea Gratis 1-800-MEDICARE

Llame sobre:

- TTY/TDD y números Telefónicos locales
- Información general sobre Medicare
- Información sobre planes de salud

Todos los Estados

1-800-MEDICARE
TTY: 1-877-486-2048

Oficina del Inspector General

Llame sobre:

- Reportes de fraude y abuso

Todos los Estados

1-800-447-8477
TTY: 1-800-377-4950

Junta de Retiro Ferroviario

Llame sobre:

- Tarjeta Medicare RRB perdida, cambio de dirección
- Cuentas y Servicios Parte A (Intermediario Fiscal)
- Cuentas y Servicios Parte B (United HealthCare)

Beneficiarios RRB Solamente

1-800-808-0772 (RRB)
ver páginas 27-28
1-800-833-4455 (UHC)

Administración del Seguro Social

Llame sobre:

- Como cambiar su dirección
- Medicare Parte A o Parte B
- Tarjeta Medicare Perdida

Todos los Estados

1-800-772-1213
TTY: 1-800-325-0778

Oficina para los Derechos Civiles

Llame sobre:

- Discriminación

Todos los Estados

1-800-368-1019

Agencias de Seguros Medicare: Llame sobre cuentas y servicios Parte B, y sobre el fraude y abuso.

Alabama
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)292-8855

Alaska
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

American Samoa
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Arizona
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Arkansas
Blue Cross & Blue Shield Of Arkansas,
1(800)482-5525 sólo llamadas intraestatales

California
Transamerica Occidental Life,
1(800)675-2266 condados de Los Angeles, Orange, San Diego, Ventura, Imperial, San Luis Obispo, Santa Barbara
National Heritage Insurance Co,
1(800)952-8627 el resto del estado

Colorado
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)332-6681

Connecticut
United Health Care,
1(800)982-6819 sólo llamadas intraestatales

Delaware
Trailblazers,
1(800)444-4606 también sirve a los condados de Fairfax y Alexandria

Florida
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)333-7586 sólo llamadas intraestatales

Georgia
Cahaba Govt Benefit Adminstr.,
1(800)727-0827

Guam
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Hawaii
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Idaho
Cigna Medicare,
1(800)342-8900 sólo llamadas intraestatales

Illinois
Wisconsin Physicians Service,
1(800)642-6930

Indiana
Adminastar Federal,
1(800)622-4792

Iowa
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)532-1285

Kansas
Blue Cross & Blue Shield Of Kansas,
1(800)633-1113

Kentucky
Adminastar Federal,
1(800)999-7608

Louisiana
Louisiana Medicare - Part B,
1(800)462-9666 sólo llamadas intraestatales

Maine
National Heritage Insurance Co,
1(800)882-1228

Maryland
Trailblazers,
1(800)444-4606 también sirve a los condados de Fairfax and Alexandria

Massachusetts
National Heritage Insurance Co,
1(800)882-1228

Michigan
Wisconsin Physicians Service,
1(800)482-4045

Minnesota
United Health Care,
1(800)352-2762 in-state calls only

Mississippi
United Health Care,
1(800)682-5417 sólo llamadas intraestatales

Missouri
Blue Cross & Blue Shield Of Arkansas,
1(800)392-3070 St. Louis City and County, Jefferson County, y área 99
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)432-0216 sólo llamadas de fuera del estado
1(800)892-5900 sólo llamadas intraestatales

Montana
Blue Cross & Blue Shield Of Montana,
1(800)332-6146 sólo llamadas intraestatales

Agencias de Seguros Medicare: Llame sobre cuentas y servicios Parte B, y sobre el fraude y abuso.

Nebraska
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)633-1113

Nevada
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

New Hampshire
National Heritage Insurance Co,
1(800)882-1228

New Jersey
Empire Medicare Services - New Jersey Operations,
1(800)462-9306

New Mexico
Blue Cross And Blue Shield Of Arkansas,
1(800)423-2925

New York
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)252-6550 Empire Medicare Services atiende al norte del estado de NY,
1(800)442-8430 Group Health Inc., atiende al sur del estado de NY
1(800)632-5572 sólo el condado de Queens

North Carolina
Cigna Medicare,
1(800)672-3071 sólo llamadas intraestatales

North Dakota
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)247-2267

Northern Mariana Islands
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Ohio
Nationwide Mutual Insurance Co,
1(800)848-0106

Oklahoma
Blue Cross And Blue Shield Of Arkansas,
1(800)522-9079

Oregon
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Pennsylvania
Xact Medicare Services,
1(800)382-1274 sólo llamadas intraestatales

Puerto Rico
Triple S Inc.,
1(800)981-7015 sólo llamadas intraestatales

Rhode Island
Blue Cross & Blue Shield Of Rhode Island,
1(800)662-5170

South Carolina
Palmetto Government Benefits Administration,
1(800)868-2522

South Dakota
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)437-4762

Tennessee
Cigna Medicare,
1(800)342-8900 sólo llamadas intraestatales

Texas
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2620

Utah
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)426-3477

Vermont
National Heritage Insurance Co,
1(800)882-1228

Virgin Islands
Triple S,
1(800)474-7448 sólo llamadas intraestatales

Virginia
Trailblazers,
1(800)444-4606 también sirve a los condados Fairfax y Alexandria
United Healthcare/Travelers. Ins.,
1(800)552-3423 sólo llamadas intraestatales

Washington
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)444-4606

Washington D.C.
Trailblazers,
1(800)444-4606 también sirve a los condados de Fairfax y Alexandria

West Virginia
Nationwide Mutual Insurance Co,
1(800)848-0106

Wisconsin
Wisconsin Physicians Service,
1(800)944-0051 sólo llamadas intraestatales

Wyoming
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)442-2371

Programa Estatal de Asistencia sobre los Seguros de Salud: Llame sobre Pólizas Suplementales de Seguros Medicare (Medigap), opciones de plan de salud Medicare, y para ayuda para registrar una apelación.

Alabama 1(800)243-5463 sólo llamadas intraestatales	**Georgia** 1(800)669-8387 sólo llamadas intraestatales	**Maine** 1(800)750-5353	**New Hampshire** 1(800)852-3388 sólo llamadas intraestatales	**Oregon** 1(800)722-4134	**Vermont** 1(800)642-5119 sólo llamadas intraestatales 1(802)748-5182 sólo llamadas de fuera del estado
Alaska 1(800)478-6065 sólo llamadas intraestatales	**Guam** 1(808)586-7299	**Maryland** 1(800)243-3425 sólo llamadas intraestatales	**New Jersey** 1(800)792-8820 sólo llamadas intraestatales	**Pennsylvania** 1(800)783-7067	
American Samoa 1(808)586-7299 Government of American Samoa	**Hawaii** 1(808)586-7299	**Massachusetts** 1(800)882-2003 sólo llamadas intraestatales	**New Mexico** 1(800)432-2080 sólo llamadas intraestatales	**Puerto Rico** 1(877)725-4300 sólo llamadas intraestatales	**Virgin Islands** 1(340)778-6311 X2338
Arizona 1(800)432-4040	**Idaho** 1(800)247-4422 sólo llamadas intraestatales	**Michigan** 1(800)803-7174	**New York** 1(800)333-4114	**Rhode Island** 1(800)322-2880 sólo llamadas intraestatales	**Virginia** 1(800)552-3402
Arkansas 1(800)224-6330	**Illinois** 1(800)548-9034 sólo llamadas intraestatales	**Minnesota** 1(800)333-2433	**North Carolina** 1(800)443-9354 sólo llamadas intraestatales	**South Carolina** 1(800)868-9095 sólo llamadas intraestatales	**Washington** 1(800)397-4422 sólo llamadas intraestatales
California 1(800)434-0222 or llame 800-510-2020 sólo llamadas intraestatales	**Indiana** 1(800)452-4800	**Mississippi** 1(800)948-3090	**North Dakota** 1(800)247-0560 sólo llamadas intraestatales	**South Dakota** 1(800)822-8804	**Washington D.C.** 1(202)676-3900
Colorado 1(800)544-9181 sólo llamadas intraestatales	**Iowa** 1(800)351-4664	**Missouri** 1(800)390-3330	**Northern Mariana Islands** 1(808)586-7299 Government of American Samoa	**Tennessee** 1(800)525-2816	**West Virginia** 1(877)987-4463
Connecticut 1(800)994-9422 sólo llamadas intraestatales	**Kansas** 1(800)860-5260 sólo llamadas intraestatales	**Montana** 1(800)332-2272 sólo llamadas intraestatales		**Texas** 1(800)252-9240	**Wisconsin** 1(800)242-1060
Delaware 1(800)336-9500 sólo llamadas intraestatales	**Kentucky** 1(502)564-7372	**Nebraska** 1(800)234-7119	**Ohio** 1(800)686-1578 sólo llamadas intraestatales	**Utah** 1(800)541-7735 sólo llamadas intraestatales	**Wyoming** 1(800)856-4398
Florida 1(800)963-5337 sólo llamadas intraestatales	**Louisiana** 1(800)259-5301 sólo llamadas intraestatales	**Nevada** 1(800)307-4444	**Oklahoma** 1(800)763-2828 sólo llamadas intraestatales		

Agencia de Seguros Regional de Equipo Médico Duradero (DMERC): Llame sobre cuentas ppor equipo médico duradero y una lista de proveedores aprobados de este equipo.

Si usted vive en:	Su DMERCes:
Illinois Indiana Maryland Michigan Minnesota Ohio Virginia Washington D.C. West Virginia Wisconsin	Administar Federal 1(800)270-2313

Si usted vive en:	Su DMERCes:
Alaska American Samoa Arizona California Guam Hawaii Idaho Iowa Kansas Missouri Montana Nebraska Nevada North Dakota Northern Mariana Islands Oregon South Dakota Utah Washington Wyoming	Cigna Medicare 1(800)899-7095

Si usted vive en:	Su DMERCes:
Alabama Arkansas Colorado Florida Georgia Kentucky Louisiana Mississippi New Mexico North Carolina Oklahoma Puerto Rico South Carolina Tennessee Texas Virgin Islands	Palmetto Government Benefits 1(800)213-5452

Si usted vive en:	Su DMERCes:
Connecticut Delaware Maine Massachusetts New Hampshire New Jersey New York Pennsylvania Rhode Island Vermont	United Health Care - Region A 1(800)842-2052

Intermediario Fiscal: Llame sobre cuentas y servicios Parte A, cuidado de hospital, cuidado especializado de enfermería, y fraude y abuso.

Alabama
Mutual Of Omaha,
1(402)351-2860

Alaska
Premera Blue Cross,
1(425)670-1010

American Samoa
Hawaii Medical Service,
1(808)948-6247

Arizona
Blue Cross Of Arizona,
1(602)864-4298

Arkansas
Blue Cross & Blue Shield,
1(501)378-2173

California
Blue Cross Of California,
1(805)383-2038

Colorado
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2620

Connecticut
United Health Care,
1(203)639-3222

Delaware
Empire Medicare Services,
1(800)442-8430

Florida
Blue Cross & Blue Shield,
1(904)355-8899

Georgia
Blue Cross & Blue Shield,
1(706)322-4082

Guam
Hawaii Medical Service,
1(808)948-6247

Hawaii
Hawaii Medical Service,
1(808)948-6247

Idaho
Blue Cross Blue Shield/Oregon,
1(503)721-7000

Illinois
Adminastar Federal,
1(312)938-6266

Indiana
Adminastar Federal,
1(800)622-4792

Iowa
Wellmark Blue Cross Blue Shield Of Iowa,
1(712)279-8650

Kansas
Blue Cross & Blue Shield - Parte A,
1(800)445-7170

Kentucky
Adminastar Federal,
1(800)999-7608

Louisiana
Trispan Health Svcs. /Medicare,
1(800)932-7644

Maine
Assoc. Hospital Svc. Of Maine,
1(888)896-4997

Maryland
Trailblazers,
1(800)444-4606

Massachusetts
Assoc. Hospital Svc. Of Maine,
1(888)896-4997

Michigan
Wisconsin United Government Services,
1(313)225-8317

Minnesota
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)382-2000

Mississippi
Trispan Health Svcs. /Medicare,
1(800)932-7644

Missouri
Trispan Health Svcs. /Medicare,
1(800)932-7644

Montana
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)447-7828X4086

Nebraska
Blue Cross & Blue Shield,
1(402)390-1850

Nevada
Blue Cross Of California,
1(805)383-2038

Intermediario Fiscal: Llame sobre cuentas y servicios Parte A, cuidado de hospital, cuidado especializado de enfermería, y fraude y abuso.

New Hampshire
New Hampshire/Vermont Health Service,
1(603)695-7204

New Jersey
Horizon Blue Cross & Blue Shield Of New Jersey,
1(973)456-2112

New Mexico
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2620

New York
Empire Medicare Services,
1(800)442-8430

North Carolina
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)685-1512 sólo llamadas intraestatales

North Dakota
Noridian Mutual Insurance Company,
1(800)247-2267

Northern Mariana Islands
Hawaii Medical Service,
1(808)948-6247

Ohio
Adminastar Federal,
1(513)852-4314

Oklahoma
Blue Cross And Blue Shield,
1(918)560-3367

Oregon
Blue Cross Blue Shield/Oregon,
1(503)721-7000

Pennsylvania
Veritus Medicare Services,
1(800)853-1419

Puerto Rico
Cooperativa De Seguros De Vida,
1(800)986-5656 sólo llamadas intraestatales

Rhode Island
Blue Cross & Blue Shield Of Rhode Island,
1(800)662-5170

South Carolina
Blue Cross And Blue Shield Of South Carolina,
1(803)788-4660

South Dakota
Wellmark,
1(712)279-8650

Tennessee
Blue Cross & Blue Shield,
1(423)755-5955

Texas
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2620

Utah
Blue Cross & Blue Shield,
1(801)333-2410

Vermont
New Hampshire/Vermont Health Service,
1(603)695-7204

Virgin Islands
Cooperativa De Seguros De Vida,
1(800)986-5656 sólo llamadas intraestatales

Virginia
Blue Cross & Blue Shield,
1(540)985-3931

Washington
Premera Blue Cross,
1(425)670-1010

Washington D.C.
Mutual Of Omaha,
1(402)351-2860

West Virginia
Blue Cross & Blue Shield,
1(540)985-3931

Wisconsin
Blue Cross Blue Shield Of WI,
1(414)224-4954

Wyoming
Blue Cross & Blue Shield,
1(800)442-2376

Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar (RHHI): Llame sobre servicios de salud en el hogar, cuidado de hospicio, el fraude y abuso.

Si usted vive en:	Su Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar es:
Connecticut Maine Massachusetts New Hampshire Rhode Island Vermont	Assoc. Hospital Svc Of Maine 1(888)896-4997

Si usted vive en:	Su Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar es:
Alaska American Samoa Arizona California Guam Hawaii Idaho Nevada Northern Mariana Islands Oregon Washington	Blue Cross Of California Medicare 1(805)383-2990

Si usted vive en:	Su número para llamar sobre beneficios de cuidado de la salud en el hogar es:
Maryland Washington D.C.	Medicare Customer Service Center 1(800)444-4606

Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar (RHHI): Llame sobre servicios de salud en el hogar, cuidado de hospicio, el fraude y abuso.

Si usted vive en:		Su Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar es:
Alabama	Georgia	Palmetto Government Benefits
Florida	Mississippi	1(727)773-9225
Arkansas	North Carolina	Palmetto Government Benefits
Illinois	Ohio	1(803)788-4660
Indiana	Oklahoma	
Kentucky	South Carolina	
Louisiana	Tennessee	
New Mexico	Texas	

Si usted vive en:	Su Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar es:
Michigan	United Government Services
Minnesota	1(414)224-4954
New Jersey	
New York	
Puerto Rico	
Virgin Islands	
Wisconsin	

Si usted vive en:		Su Intermediario Regional para los Servicios de Salud en el Hogar es:
Colorado	North Dakota	Wellmark/Blue Cross Blue Shield Of Iowa
Delaware	South Dakota	1(515)246-0126
Iowa	Utah	
Kansas	Virginia	
Missouri	West Virginia	
Montana	Wyoming	
Nebraska		

Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO): Llame con quejas sobre la calidad de cuidado, y para registrar una apelación o queja.

Alabama
Quality Assurance Foundation,
1(800)760-4550

Alaska
Pro-west,
1(800)878-7170

American Samoa
Mountain Pacific Quality Health Foundation,
1(800)524-6550

Arizona
Health Services Advisory Group Inc.,
1(800)359-9909

Arkansas
Foundation For Medical Care,
1(800)272-5528

California
California Medical Review,
1(800)841-1602

Colorado
Foundation For Medical Care,
1(800)727-7086

Connecticut
Qualidigm,
1(800)553-7590

Delaware
West Virginia Medical Institute,
1(800)422-8804 sólo llamadas intraestatales

Florida
Fl. Medical Quality Assurance,
1(800)844-0795

Georgia
Georgia Medical Care Foundaton,
1(800)979-7217

Guam
Mountain Pacific Quality Health Foundation,
1(800)524-6550

Hawaii
Mountain Pacific Quality Health Foundation,
1(800)524-6550

Idaho
Pro-west,
1(800)445-6941

Illinois
Il Found. For Quality Health Care,
1(800)647-8089

Indiana
Health Care Excel,
1(800)288-1499

Iowa
Iowa Foundation For Medical Care,
1(800)752-7014

Kansas
Foundation For Medical Care,
1(800)432-0407

Kentucky
Health Care Excel,
1(800)288-1499

Louisiana
Louisiana Health Care Review, Inc.,
1(800)433-4958 sólo llamadas intraestatales

Maine
NE Health Care Quality Foundation,
1(800)772-0151 sólo en New Hampshire, Vermont y Maine

Maryland
Delmarva Foundation Medic. Care,
1(800)492-5811

Massachusetts
Masspro,
1(800)252-5533 sólo llamadas intraestatales

Michigan
Michigan Peer Review Organizan,
1(877)787-2847

Minnesota
Stratis Health,
1(877)787-2847

Mississippi
Foundation For Medical Care,
1(800)844-0600

Missouri
Patient Care Review Foundation,
1(800)347-1016

Montana
Mountain Pacific Quality Health Foundation,
1(800)497-8232

Nebraska
Sunderbruch Corporation,
1(800)247-3004

Nevada
Healthinsight,
1(800)748-6773 o 1(800)748-6944

Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO): Llame con quejas sobre la calidad de cuidado, y para registrar una apelación o queja.

New Hampshire
NE Health Care Quality Foundation,
1(800)772-0151 sólo en New Hampshire, Vermont y Maine

New Jersey
Peer Review Organization Of NJ,
1(800)624-4557 sólo llamadas intraestatales

New Mexico
Medical Review Association,
1(800)279-6824

New York
Ipro,
1(800)331-7767 Appeals

North Carolina
Medical Review Of North Carolina Inc.,
1(800)722-0468

North Dakota
North Dakota Health Care Revew,
1(800)472-2902 sólo llamadas intraestatales

Northern Mariana Islands
Mountain Pacific Quality Health Foundation,
1(800)524-6550

Ohio
Peer Review Systems, Inc.,
1(800)589-7337 sólo llamadas intraestatales
1(800)837-0664 sólo llamadas fuera de estado

Oklahoma
Foundation For Medical Quality,
1(800)522-3414 sólo llamadas intraestatales

Oregon
Oregon Medical Professional,
1(800)344-4354

Pennsylvania
Kepro,
1(800)322-1914

Puerto Rico
Quality Improvement Prof. Rsrch,
1(800)981-5062 sólo llamadas intraestatales

Rhode Island
Rhode Island Quality Partners,
1(800)662-5028 o llame 1-800-553-7590 para Connecticut

South Carolina
Carolina Medical Review,
1(800)922-3089 sólo llamadas intraestatales

South Dakota
Foundation For Medical Care,
1(800)658-2285

Tennessee
Foundation For Medical Care,
1(800)489-4633

Texas
Texas Medical Foundation,
1(800)725-8315

Utah
Healthinsight,
1(800)274-2290

Vermont
NE Health Care Quality Foundation,
1(800)772-0151 sólo en New Hampshire, Vermont y Maine

Virgin Islands
V. I. Medical Institute Inc.,
1(340)778-6470

Virginia
Virginia Health Quality Ctr,
1(800)545-3814 sólo llamadas intraestatales

Washington
Pro-west,
1(800)445-6941

Washington D.C.
Delmarva Found. For Med. Care,
1(800)999-3362

West Virginia
West Virginia Med. Instit. Inc,
1(800)422-8804 sólo llamadas intraestatales

Wisconsin
Wisconsin Peer Review Organization,
1(800)362-2320

Wyoming
Mountain Pacific Quality Health Foundation,
1(800)497-8232

Departmento Estatal de Seguros: Llame sobre Pólizas de Seguros Suplementales Medicare (Medigap) disponibles en su área.

Alabama 1(334)206-5111	**Georgia** 1(800)656-2298 sólo llamadas intraestatales	**Maine** 1(800)300-5000 sólo llamadas intraestatales	**New Hampshire** 1(800)852-3416 sólo llamadas intraestatales	**Pennsylvania** 1(877)881-6388 sólo llamadas intraestatales	**Virginia** 1(800)552-7945
Alaska 1(800)467-8725 sólo llamadas intraestatales	**Guam** Número No Disponible	**Maryland** 1(800)492-6116	**New Jersey** 1(609)292-5363	**Puerto Rico** 1(787)722-8686	**Washington** 1(800)397-4422 sólo llamadas intraestatales
American Samoa 1(808)586-2790	**Hawaii** 1(808)586-2790	**Massachusetts** 1(617)521-7794	**New Mexico** 1(800)947-4722	**Rhode Island** 1(401)222-2223	**Washington D.C.** 1(202)727-8000
Arizona 1(800)325-2548 sólo llamadas intraestatales	**Idaho** 1(800)445-6941	**Michigan** 1(517)373-0240	**New York** 1(800)342-3736 sólo llamadas intraestatales	**South Carolina** 1(800)768-3467	**West Virginia** 1(800)642-9004 sólo llamadas intraestatales
Arkansas 1(800)852-5494	**Illinois** 1(217)782-4515	**Minnesota** 1(800)657-3602 sólo llamadas intraestatales	**North Carolina** 1(800)443-9354 sólo llamadas intraestatales	**South Dakota** 1(605)773-3563	**Wisconsin** 1(800)236-8517 sólo llamadas intraestatales
California 1(800)927-4357	**Indiana** 1(800)622-4461 sólo llamadas intraestatales	**Mississippi** 1(800)562-2957 sólo llamadas intraestatales	**North Dakota** 1(800)247-0560 sólo llamadas intraestatales	**Tennessee** 1(800)525-2816	**Wyoming** 1(800)438-5768 sólo llamadas intraestatales
Colorado 1(800)930-3745	**Iowa** 1(515)281-5705	**Missouri** 1(800)726-7390	**Northern Mariana Islands** 1(808)586-2790	**Texas** 1(800)252-3439	
Connecticut 1(800)203-3447	**Kansas** 1(800)432-2484 sólo llamadas intraestatales	**Montana** 1(800)332-6148 sólo llamadas intraestatales	**Ohio** 1(800)686-1526	**Utah** 1(800)439-3805 sólo llamadas intraestatales	
Delaware 1(800)282-8611 sólo llamadas intraestatales	**Kentucky** 1(800)595-6053	**Nebraska** 1(877)564-7323 sólo llamadas intraestatales	**Oklahoma** 1(800)522-0071 sólo llamadas intraestatales	**Vermont** 1(800)631-7788 sólo llamadas intraestatales	
Florida 1(800)342-2762 sólo llamadas intraestatales	**Louisiana** 1(800)259-5301 sólo llamadas intraestatales	**Nevada** 1(800)992-0900 sólo llamadas intraestatales	**Oregon** 1(800)722-4134 sólo llamadas intraestatales	**Virgin Islands** 1(340)774-7166	

Oficina de Asistencia Médica Estatal: Llame sobre programas de ayuda con gastos médicos para personas de escasos recursos.

Alabama
1(800)362-1504

Alaska
1(800)211-7470

American Samoa
1(808)587-3521

Arizona
1(800)334-5283

Arkansas
1(800)482-8988

California
1(800)952-5253

Colorado
1(800)221-3943

Connecticut
1(800)842-1508
sólo llamadas intraestatales

Delaware
1(800)372-2022

Florida
1(850)488-3560

Georgia
1(800)766-4456
sólo llamadas intraestatales

Guam
Número no disponible

Hawaii
1(808)587-3521

Idaho
1(800)926-2588

Illinois
1(800)252-8635
sólo llamadas intraestatales

Indiana
1(800)433-0746
sólo llamadas intraestatales

Iowa
1(800)972-2017

Kansas
1(800)766-9012

Kentucky
1(800)635-2570

Louisiana
1(888)342-6207
sólo llamadas intraestatales

Maine
1(800)321-5557
sólo llamadas intraestatales

Maryland
1(800)463-3461

Massachusetts
1(800)841-2900

Michigan
1(800)292-2550 sólo llamadas de fuera del estado
1(800)642-3195
sólo llamadas intraestatales

Minnesota
1(800)366-5411

Mississippi
1(800)421-2408
sólo llamadas intraestatales

Missouri
1(800)392-2161

Montana
1(800)362-8312

Nebraska
1(800)430-3244
Departamento de Salud y Servicios Humanos

Nevada
1(800)992-0900
sólo llamadas intraestatales

New Hampshire
1(800)852-3345
sólo llamadas intraestatales

New Jersey
1(800)356-1561

New Mexico
1(800)432-6217
sólo llamadas intraestatales

New York
1(518)486-4803

North Carolina
1(800)662-7030

North Dakota
1(800)755-2604

Northern Mariana Islands
1(808)587-3521

Ohio
1(800)324-8680

Oklahoma
1(800)522-0310
sólo llamadas intraestatales

Oregon
1(800)282-8096
sólo llamadas intraestatales

Pennsylvania
1(800)692-7462
sólo llamadas intraestatales

Puerto Rico
1(877)641-2004
sólo llamadas intraestatales

Rhode Island
1(401)222-7000

South Carolina
1(803)898-2500

South Dakota
1(800)452-7691

Tennessee
1(800)669-1851

Texas
1(800)252-8263

Utah
1(800)662-9651
sólo llamadas intraestatales

Vermont
1(800)250-8427
sólo llamadas intraestatales

Virgin Islands
1(877)641-2004
sólo llamadas intraestatales

Virginia
1(804)786-7933

Washington
1(800)562-3022

Washington D.C.
1(202)727-0735

West Virginia
1(304)926-1700

Wisconsin
1(800)362-3002

Wyoming
1(800)251-1269

Oficinas Regionales de la Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA): Llame sobre seminarios locales y ferias de salud sobre sus opciones de plan de salud Medicare, y para registrar quejas.

Si usted vive en:	La oficina regional está en:	El número telefónico es:
Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island, Vermont	Boston	1(617)565-1232
New Jersey, New York, Puerto Rico, Virgin Islands	New York	1(212)264-3657
Delaware, Maryland, Pennsylvania, Virginia, Washington D.C., West Virginia	Philadelphia	1(215)861-4226
Alabama, Florida, Georgia, Kentucky, Mississippi, North Carolina, South Carolina, Tennessee	Atlanta	1(404)562-7500
Illinois, Indiana, Michigan, Minnesota, Ohio, Wisconsin	Chicago	1(312)353-7180
Arkansas, Louisiana, New Mexico, Oklahoma, Texas	Dallas	1(214)767-6401
Iowa, Kansas, Missouri, Nebraska	Kansas City	1(816)426-2866
Colorado, Montana, North Dakota, South Dakota, Utah, Wyoming	Denver	1(303)844-4024
American Samoa, Arizona, California, Guam, Hawaii, Nevada, Northern Mariana Islands	San Francisco	1(415)744-3602
Alaska, Idaho, Oregon, Washington	Seattle	1(206)615-2354

Usted puede usar el espacio a continuación para anotar números telefónicos importantes que use frecuentemente.

Nombre	Número Telefónico

Sus Derechos Como Paciente de Medicare

Si usted tiene Medicare, tiene ciertos derechos garantizados, que disfruta sin importar que esté en el Plan Original de Medicare o en un plan de Salud Administrada Medicare.

- Usted tiene el derecho a recibir atención de emergencia cuando y donde usted crea que lo necesite, sin aprobación previa. Si cree que su salud está en grave peligro debido a un dolor intenso, una herida grave, una enfermedad repentina, o una enfermedad que rápidamente se empeora, usted puede recibir atención de emergencia en cualquier parte de los Estados Unidos.

- Usted tiene el derecho a apelar si Medicare no paga por un servicio cubierto que recibió, o si su médico u hospital no le dan un servicio que usted cree debiera ser cubierto (ver páginas 38-39).

- Usted tiene el derecho a conocer todas sus opciones de tratamiento por parte de su proveedor de servicios de salud, en lenguaje que a usted le quede claro. Medicare tiene la obligación de proporcionarle información sobre lo que se cubre y cuanto debe pagar. Los planes de servicios de salud administrados Medicare no pueden contener reglas que le impidan a un médico decirle a usted todo lo que necesita saber sobre el cuidado de su salud, incluyendo sus opciones de tratamiento.

- Usted tiene el derecho de mantener la confidencialidad de toda información personal que obtenga Medicare. Medicare puede obtener información sobre usted como parte de su trabajo ordinario, por ejemplo, el pago de sus cuentas. Cuando Medicare le pide este tipo de información, debemos informarle que la ley nos permite obtenerla para propósitos de cobranza y para la atención a su salud. Usted tiene el derecho de saber porque necesitamos esa información, si es obligatoria u opcional, que pasa si usted no proporciona la información, y como se utilizará. Si usted quiere estos datos llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida más información sobre como Medicare utiliza la información personal.

Si Usted Está en un Plan de Salud Administrada Medicare ▶

- Usted tiene el derecho de escoger un especialista en salud de la mujer de la lista de médicos de su plan, para satisfacer sus necesidades en salud femenina.

- Si usted tiene una condición médica seria o complicada, tiene el derecho a suficientes visitas a un especialista para atender a sus requerimientos.

Si Usted Está en un Plan de Salud Administrada Medicare (continuación) ▶

- Usted tiene el derecho a saber el modo en que su plan le paga a sus médicos. Si usted quiere saber como su plan le paga a sus médicos, el plan debe decírselo por escrito. Usted también tiene el derecho a saber si su médico es dueño de todo o parte de un centro de servicios de salud, por ejemplo, el laboratorio al cual el o ella le refiere para que le hagan un examen de sangre.

- Si usted tiene problemas o preocupaciones con su plan, que no tienen que ver con cobranzas o servicios, usted tiene el derecho de poner una queja. Una queja es una especie de reclamo. Por ejemplo, si usted cree que el horario de su plan debiera ser distinto, usted puede poner una queja. Si usted cree que no está recibiendo cuidado de alta calidad, tiene la opción de poner una queja con su plan o con la Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO) en su Estado (ver páginas 31-32).

Sus Derechos de Apelación Con Medicare

Usted tiene el derecho de apelar cualquier decisión sobre sus servicios Medicare, sea que esté dentro del Plan Original de Medicare, o dentro de un plan de Salud Administrada Medicare. Si Medicare no paga por algún detalle o servicio que usted recibió, o si a usted no le dieron un detalle o servicio que usted cree que debería haber recibido, usted tiene el derecho de apelar.

Derechos de Apelación Bajo el Plan Original de Medicare ▶

Si usted está dentro del Plan Original de Medicare, usted puede interponer una apelación si cree que Medicare debería haber pagado, o no pagó suficiente, por un detalle o servicio que usted recibió. Si usted interpone una apelación, pídale a su médico o proveedor todos los datos relacionados a la cuenta que puedan ayudar con su caso. Sus derechos de apelación están en el dorso del la Explicación de Beneficios Medicare o en el Aviso Resumen de Medicare que a usted le envía la empresa que maneja las cuentas para Medicare. El aviso también le dirá porque su cuenta no se pagó, y que pasos debe tomar para apelar.

Derechos de Apelación Bajo Planes de Servicios de Salud Administrados Medicare ▶

Si usted está en un plan de Salud Administrada Medicare, puede interponer una apelación si su plan no pagó, no permite, o detiene un servicio que usted cree debería cubrirse o suministrarse. Si usted cree que su salud podría verse seriamente afligida esperando por una decisión sobre cualquier servicio, pídale al plan una decisión rápida. El plan debe responderle dentro de 72 horas.

Derechos de Apelación Bajo Planes de Servicios de Salud Administrados Medicare (continuación) ▶

El plan de Salud Administrada Medicare debe informarle por escrito como apelar. Después de interponer su apelación, el plan revisará la decisión. Esto hecho, si el plan no pronuncia a su favor, la apelación es revisada por una organización independiente que trabaja para Medicare, no el plan. Consulte los materiales de membresía de su plan, o contacte a su plan para detalles sobre sus derechos de apelación bajo Medicare.

Sus Protecciones Medicare

Usted Tiene Protección Contra Cuentas Inesperadas ▶

El Aviso al Beneficiario Por Adelantado (ABN, por sus siglas en inglés) es un aviso por escrito que le informa porqué Medicare probablemente (o definitivamente) no pagará por determinado servicio. Un médico o proveedor podría presentarle este aviso antes de brindarle el servicio. Si usted todavía quiere recibir el servicio, se le pedirá que firme un acuerdo que usted mismo pagará por el servicio si es que Medicare no paga. Los Avisos al Beneficiario Por Adelantado se utilizan en el Plan Original de Medicare, pero no en los planes de servicios de salud administrados Medicare.

Usted Tiene Protección Contra la Discriminación ▶

Toda empresa o agencia que trabaje con Medicare debe acatar la ley. A usted no se le puede tratar de forma diferente por razón de su raza, color, sexo, origen nacional, incapacidad, o edad. Si usted cree que no fue tratado justamente por cualquiera de estas razones, llame a la Oficina de Derechos Civiles en su Estado (ver página 22).

Usted Está Protegido Mientras Está en el Hospital ▶

Si a usted lo admiten a un hospital que participa en Medicare, se le debe suministrar una copia de *Un Mensaje importante de Medicare*, que le explica sus derechos como paciente de hospital. Si no se lo han dado, pídalo.

Este Mensaje le Informa:

- Usted tiene el derecho a recibir todo tratamiento de hospital que le haga falta, y cualquier seguimiento médico que necesite después de salir, del hospital.
- Que hacer si usted cree que el hospital le está obligando a irse demasiado temprano.

Si usted tiene preguntas sobre esto, llame a la Organización de Revisión de Normas Profesionales (PRO, por sus siglas en inglés). Su número aparece en el *Mensaje*. Usted puede quedarse en el hospital sin costo alguno mientras se revisa su caso, y el hospital no puede obligarlo a que se vaya antes de que PRO tome una decisión.

Usted Está Protegido en un Centro de Enfermería Especializada ▶

Un Centro de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) es un centro calificado que tiene el personal y el equipo para ofrecer cuidado especializado de enfermería o servicios especializados de rehabilitación, y otros servicios de salud relacionados. Algunos asilos para ancianos ofrecen este tipo de cuidado especializado. Existen ciertas normas de calidad que todo SNF debe satisfacer para protegerlo a usted, incluyendo:

- El SNF no puede obligarlo a pagar nada para ser admitido, a menos de que a usted le quede claro que Medicare no cubre el costo de los servicios;
- A usted debe informársele inmediatamente si el SNF decide que usted no necesita el nivel de cuidado especializado cubierto por Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión, usted puede pedir que el SNF le presente lo que se llama una "cuenta en demanda" a Medicare.

  El SNF tiene la obligación de presentarle la cuenta en demanda y no puede obligarlo a que usted pague un deposito por servicios que Medicare no cubre, hasta que Medicare rinda su decisión.

  Usted debe pagar por cualquier co-seguro mientras se procese la cuenta en demanda, y por servicios no cubiertos por Medicare.

Si usted tiene preguntas sobre cuidado en un SNF, llame a su Intermediario Fiscal (ver páginas 27-28).

Usted Está Protegido Cuando Termina su Cuidado de Salud en el Hogar ▶

Las Agencias de Servicios de Salud en el Hogar deben proporcionarle un aviso que explique porque y cuando ellos creen que Medicare terminará de pagar por sus servicios de cuidado de salud en el hogar. Si usted cree que todavía necesitará servicios de cuidado de salud en el hogar, y cree que Medicare debería seguir pagando, usted puede pedirle a Medicare una decisión oficial.

Para obtener una decisión oficial, usted debe:

- Continuar recibiendo servicios de cuidado de salud en el hogar si usted cree que los necesita. Pregunte cuanto va costar. Le conviene tener una discusión con su médico y su familia sobre este asunto.
- Páguele a la agencia de servicios de salud en el hogar por estos servicios.
- Pídale a la agencia de servicios de cuidado de salud en el hogar que envíe su reclamo a Medicare, para que Medicare pueda decidir si pagará.

Si Medicare decide que pagará, usted puede ser reembolsado por todos sus pagos, excepto cualquier co-seguro por concepto de equipo médico

Usted Está Protegido Cuando Termina su Cuidado de Salud en el Hogar (continuación) ▶

duradero. Si Medicare decide no pagar, usted recibirá una carta con instrucciones de como apelar. Usted siempre puede recibir servicios de cuidado de salud en el hogar, si quiere pagar por ellos usted mismo. Si usted tiene preguntas sobre servicios de cuidado de salud en el hogar bajo el Plan Original de Medicare, llame a su Intermediario Regional de Salud en el Hogar (ver página 29-30). Si usted tiene preguntas sobre su cuidado en el hogar en un Plan de Servicios Administrados de Medicare, llame a su plan.

Sus Protecciones con Póliza Medigap

Puede ser que usted tenga el derecho a comprar una póliza Medigap, aún si tiene mala salud. Vea la página 14 para más información sobre estos derechos.

Usted Puede Protegerse a Si Mismo y a Medicare Contra el Fraude y Abuso

La mayoría de los médicos y otros tipos de proveedores de servicios de salud que trabajan con Medicare son honrados, y quieren proveerle servicios de salud. Hay unos pocos que no son honrados. Nosotros trabajamos arduamente con otras agencias del gobierno para proteger al programa de los pocos que tratan de robarle a Medicare.

Con la ayuda suya, de proveedores de servicios de salud, y de las autoridades, Medicare está resolviendo este problema. Medicare ha logrado encarcelar a algunos proveedores deshonestos, y otros se han sacado del programa Medicare. Estas acciones le han ahorrado dinero a los tributarios.

Que Puede Hacer para Combatir el Fraude y Abuso ▶

Cada vez que usted reciba servicios de salud con el Plan Original de Medicare, usted recibirá una Explicación de Beneficios Medicare o un Aviso Resumen de Medicare de la empresa que maneja las cuentas de Medicare; esta dirá cuales fueron los servicios o suministros que se facturaron, y cuanto pagó Medicare. Revíselo por errores. Asegúrese que a Medicare no se le cobró por servicios o suministros que usted no recibió. Si usted observa un cargo en su factura que cree está equivocado, llame al proveedor de servicios de salud y pregúntele de que se trata. Si usted cree que un proveedor puede estar robándole o abusando a Medicare, llame a su Agencia de Seguros Medicare o al Intermediario fiscal, cuyo número telefónico estará impreso en el margen superior del aviso.

Que Puede Hacer para Combatir el Fraude y Abuso (continuación) ▶

Usted también puede llamar a la línea de emergencia del Inspector General para reportar fraude de Medicare. El número de la línea de emergencia es 1-800-HHS-TIPS (1-800-447-8477). Medicare no utilizará su nombre si usted pide que no se use.

Combatiendo el fraude y abuso le puede resultarle provechoso: usted puede recibir una recompensa de hasta $1,000 si:

- Usted reporte fraude y abuso de Medicare,

  Y

- Su reporte resulta directamente en la recuperación de por lo menos $100 de dinero de Medicare,

  Y

- El fraude y abuso que usted reporta no estaba ya bajo investigación.

Si usted quiere saber más sobre este programa, llame a su Agencia de Seguros Medicare (ver página 23-24) o al Intermediario Fiscal (ver páginas 27-28).

Sea que usted esté en el Plan Original de Medicare, o en un plan de Salud Administrada Medicare, usted tal vez quiera preguntar:

P1: ¿Qué pasa si tengo más de 65 años de edad y no me inscribí con Parte B cuando me volví elegible por primera vez?

R: Si usted no tomó la Parte B cuando se volvió elegible para Medicare por primera vez, es posible que todavía pueda inscribirse durante un Período de Inscripción General.

Esto ocurre del 1º de enero hasta el 31 de marzo de cada año. Usted puede inscribirse con Parte A o Parte B en su oficina local del Seguro Social. Su cobertura Parte B comenzará el 1º de julio de ese mismo año. Recuerde, el costo de Parte B puede subir en un 10% por cada período de 12 meses durante el cual usted pudo haberse inscrito con Parte B, pero no lo hizo, excepto en casos especiales (ver a continuación).

P2: ¿Cómo puedo inscribirme con Parte B si yo o mi cónyuge siguió trabajando después de los 65 años?

R: Muchas personas se retiran y comienzan con su cobertura de Medicare Parte B cuando llegan a los 65 años de edad. Sin embargo, es posible que usted o su cónyuge sigan trabajando. De ser así, es posible que usted quiera mantener cualquier cobertura en un plan de salud patronal o sindical que tenga por medio de su trabajo. Usted no tiene que inscribirse ni pagar por Parte B si ya tiene esta cobertura, sino que gozará posteriormente de otro Período de Inscripción Especial que le brindará una nueva oportunidad para inscribirse con Parte B, cuando le haga falta.

Usted puede inscribirse:

1. En cualquier momento que aún esté cubierto por el plan de salud de grupo de su empleador o sindicato, o

2. Dentro de 8 meses a partir de la fecha en que termine su cobertura por medio de su plan de grupo patronal o sindical, o cuando termine su empleo (el que ocurra primero).

Si usted está incapacitado y trabaja (o si tiene cobertura por medio de un familiar que trabaja), también se aplican las reglas del Período Especial de Inscripción.

La mayoría de las personas que se inscriben con Parte B durante un Período de Inscripción Especial no pagan primas más altas.

Para mayor información sobre Parte B, llame a su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 para inscribirse con Parte B. Retirados Ferroviarios deben llamar a la Junta de Retiro Ferroviario (ver página 22).

P3: ¿Si viajo, cómo se afectan mis servicios de salud?

R: El Plan Original de Medicare por lo general no cubre cuidado fuera de los Estados Unidos, pero algunos planes de servicios de salud administrados Medicare y pólizas Medigap si lo cubren. Si usted es un Retirado Ferroviario, contacte a la Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) o su Asegurador RRB para información sobre sus reglas sobre servicios de salud en otro país (ver página 22).

Los planes de servicios de salud administrados Medicare requieren que usted viva y reciba su cuidado dentro del área de servicio del plan. Si usted viaja frecuentemente, o si vive en otro Estado parte del año, usted debe llamar a su plan y preguntar si cubren servicios mientras usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

P4: ¿Medicare paga por medicinas recetadas para pacientes externos?

R: El Plan Original de Medicare no cubre medicinas recetadas para pacientes externos, excepto en unos pocos casos, por ejemplo ciertas medicinas contra cáncer. Sin embargo, muchos planes de servicios de salud administrados Medicare cubren medicinas recetadas para pacientes externos, dentro de limites determinados. Algunas pólizas Medigap también cubren ciertas medicinas recetadas para pacientes externos.

P5: ¿Si ya tengo Medicare y Medicaid, quién debe ser el primero en pagar mis cuentas por servicios de salud?

R: Sus cuentas siempre deben enviarse a Medicare primero. La porción de la cuenta que Medicare no paga luego será enviada a su programa Estatal de Medicaid para pagos adicionales.

P6: ¿Qué significa Pagador Secundario de Medicare?

R: Pagador Secundario de Medicare significa que otro seguro es el primero en pagar sus cuentas por servicios de salud, que Medicare es el segundo en pagar. Otros seguros que podrían tener que pagar primero incluyen: seguros de salud en planes de grupo patronales, seguros sin-culpa automovilísticos o no-automovilísticos, cualquier seguro de responsabilidad legal, beneficios por enfermedad pulmonar minera, y compensación de trabajadores. Es importante que usted informe al médico u hospital que usted tiene otros seguros. Si usted tiene preguntas sobre quien debe pagar primero, llame a su Agencia de Seguros Medicare (ver páginas 23-24).

P7: ¿Qué es un "Contrato Privado", y cómo funciona?

R: Un Contrato Privado es un acuerdo entre usted y un médico que ha decidido no prestar sus servicios por medio del programa Medicare.

Bajo un contrato privado:

- Medicare no le pagará ni a usted ni al médico por los servicios que usted reciba.
- Usted tendrá que pagar lo que le cobre el médico (no hay limites sobre los honorarios).
- Los planes de servicios de salud administrados Medicare no pagarán por estos servicios.
- No debe presentarse ningún reclamo. Medicare no pagará si se presenta un reclamo.
- Si usted tiene una póliza Medigap, ésta no pagará nada por servicios recibidos bajo un contrato privado. Contacte a su empresa de seguros Medigap antes de recibir el servicio.
- Muchos otros planes de seguros tampoco pagarán por tales servicios.

El contrato privado se aplica únicamente a los servicios que usted recibe del médico que pidió que lo firmara. A usted no se le puede pedir que firme un contrato privado cuando enfrenta una emergencia o una situación de salud urgente. Es posible que usted quiera hablar con alguien en su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud antes de firmar un contrato privado (ver página 25). Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir información sobre contratos privados.

Usted tiene la opción de pagar por cuenta propia por servicios no cubiertos por medio del Plan Original de Medicare. En tales casos, su médico no tiene que dejar de proveerle servicios por medio de Medicare, ni pedirle que firme un contrato privado. Usted siempre tiene el derecho de recibir servicios no-cubiertos por cuenta propia si está dispuesto a pagar por tales servicios usted mismo.

P8: ¿Qué es el "Problema del Año 2000" o "Y2K"?

R: La mayoría de los programas para computadoras utilizan fechas con sólo las dos últimas cifras del año, por lo que el año 2000 aparece como "00". Esto puede causar problemas con muchos sistemas de computo. Para evitar estos problemas, el gobierno, los médicos, hospitales, y otros que usan computadoras están arreglando sus computadoras para que funcionen normalmente al pasar al año 2000.

P9: ¿Las computadoras de Medicare están preparadas para el año 2000?

R: Si. Las computadoras de Medicare están listas para el año 2000. También estamos trabajando con proveedores de servicios de salud, proveedores, y empresas que manejan las cuentas y los pagos de Medicare para asegurar que sus computadoras están preparadas. Usted no tendrá que pagar, por causa de un problema de computadora, ninguna cuenta que Medicare normalmente pagaría. Si usted necesita información general o si tiene problemas consiguiendo que le paguen una cuenta que usted cree se relaciona con este problema de computadora, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal).

Si usted está en el Plan Original de Medicare, posiblemente quiera saber:

P10: ¿Cómo se pagan mis cuentas dentro del Plan Original de Medicare?

R: Cuando usted recibe servicios cubiertos bajo el Plan Original de Medicare, su proveedor le envía la cuenta a una empresa privada (el Intermediario Fiscal para servicios Parte A, o la Agencia de Seguros Medicare para servicios Parte B) que maneja las cuentas para Medicare. Una vez de que estos hayan procesado la cuenta, usted recibirá una Explicación de Beneficios de Medicare o un Aviso Resumen de Medicare. Por favor revise este aviso para asegurarse que a Medicare no se le cobró por ningún servicio, suministro médico, o equipo que usted no recibió. Si usted tiene cualquier pregunta sobre cuentas o servicios que se detallan en el aviso, llame al proveedor de servicios de salud y pregúntele de que se trata. Si usted no está de acuerdo con lo que está cubierto o con lo que se pagó, usted tiene el derecho de interponer una apelación (ver página 38). Si usted cree que el proveedor es deshonesto, lea la sección sobre fraude y abuso en página 41.

P11: ¿Cómo puedo averiguar si a Medicare se le cobró por los servicios que recibí?

R: Escríbale al proveedor de servicios de salud y pídale una factura detallada. Esta factura tendrá una lista de todo detalle o servicio que usted haya recibido de su doctor, hospital, o cualquier otro proveedor de servicios de salud.

P12: ¿Qué es la "asignación" dentro del Plan Original de Medicare?

R: En el Plan Original de Medicare, los médicos y otros proveedores que aceptan una asignación aceptan el monto aprobado por Medicare (el monto aprobado) por determinado servicio o suministro, como pago cabal y completo. (Usted todavía es responsable por cualquier monto de co-seguro). No se olvide de preguntarle siempre a sus doctores y proveedores médicos si aceptan asignación, ya que:

- ¡Le puede ahorrar dinero!
- Doctores que no aceptan asignación pueden obligarle a que pague el monto total que se les permite cobrar a la hora de brindar el servicio. Posteriormente, Medicare le reembolsará su porción de la cuenta.
- Doctores y otros proveedores de salud que no aceptan asignación pueden cobrar hasta un 15% adicional sobre los montos aprobados por Medicare (el costo límite). El costo límite no siempre es aplicable.

Para mayores detalles sobre asignación, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida su copia de: *¿Su Doctor o Proveedor Acepta Asignación?*

Si usted esta pensando que quiere meterse en un plan de Salud Administrada Medicare, tal vez quiera saber:

P13: ¿Porqué es que algunos planes de servicios de salud administrados Medicare se salen de Medicare?

R: Cada año, los planes de servicios de salud administrados tienen que decidir si quieren continuar trabajando con el programa Medicare, y si quieren alzar o bajar sus primas y beneficios. Algunos planes de servicios de salud administrados toman la decisión empresarial de dejar a Medicare en ciertas áreas. Su plan tiene la obligación de informarle si tiene intención de salirse de Medicare al final del año. El aviso que le envía el plan le informará si se ofrecen otros planes de servicios de salud administrados Medicare dentro de su área, y de que protecciones usted dispone.

Si la calidad del plan es pobre, o si comete un fraude, se le puede pedir que se salga de Medicare. Usted recibirá un aviso antes de que esto ocurra. El aviso le informará como encontrar un plan nuevo, y de las protecciones de que usted dispone.

P14: ¿Qué hago si mi plan de Salud Administrada Medicare se sale de Medicare?

R: Si hay otros planes de servicios de salud administrados Medicare en su área, usted puede unirse a uno de ellos. Si no, usted también puede regresar al Plan Original de Medicare. Le conviene aprender todo lo posible sobre sus opciones antes de tomar una decisión. Sin importar cual opción usted escoja, siempre está en el programa Medicare y recibirá todos los servicios cubiertos por Medicare. Usted puede leer sobre sus protecciones Medigap en la página 14.

P15: ¿Qué es un médico de atención primaria?

R: Un médico de atención primaria por lo general es un doctor familiar o internista que ofrece la atención médica básica y regular. En los planes de servicios de salud administrados, usted escoge o se le asigna un médico de atención primaria inscrito con el plan. Con la participación suya, el o ella dirige su atención médica y le da el visto bueno cuando sea necesario consultar con especialistas que pertenecen al plan (ver pregunta 16 en la página 49).

Si usted ya tiene un doctor o especialista que le gusta, pregunte si el o ella es miembro del plan, y si continuaría viéndolo si usted se une al plan.

P16: ¿Qué es un referido?

R: En un plan de Salud Administrada Medicare, un referido es el visto bueno de su médico de atención primaria para que usted consulte a un especialista o reciba ciertos servicios. La mayoría de los planes de servicios de salud administrados Medicare requieren un referido.

Importante: Es posible que usted tenga que pagar toda la cuenta si:

(1) usted consulta un médico que no sea el del referido, o

(2) usted consulta un especialista o reciba un servicio sin tener un referido.

No necesita un referido para una emergencia, o atención que se necesita urgentemente (pregunta 17).

P17: ¿Qué constituye una emergencia médica? ¿Cómo puedo recibir atención de emergencia?

R: Una emergencia médica es cuando usted cree que su salud se encuentra en grave peligro cuando cada segundo cuenta. Puede que usted sufra un dolor agudo, una herida seria, una enfermedad repentina, o una enfermedad que súbitamente se empeora. Todo plan de Salud Administrada Medicare debe permitirle recibir servicios de emergencia, en cualquier momento que usted los necesite, de cualquier proveedor en los Estados Unidos. No es necesario que usted primero consiga permiso de su médico de atención primaria. Su plan tiene obligación de pagar por la atención de emergencia. Si usted recibe una cuenta, entréguelo al plan para que lo pague. Si su plan no paga por su servicio de emergencia, usted tiene el derecho de apelar (ver página 38).

P18: ¿Qué es "atención urgente"? ¿Cómo puedo recibir atención urgente?

R: Cuando usted necesite cuidado para una enfermedad o herida repentina, pero no es una emergencia medica, eso constituye "atención urgentemente necesitada". Usted puede obtener atención urgente de su médico de atención primaria. Sin embargo, si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan de salud Medicare por un breve tiempo, y no puede esperar hasta regresar a su casa, su plan debe pagar por la atención urgente. Si no lo paga, usted tiene el derecho de apelar.

Si usted requiere servicios de salud especializados, tal vez quiere preguntar:

P19: ¿Cómo puedo obtener información sobre cuidado en el hogar, de hospicio, o de salud mental, o cuidado en un centro de enfermería especializada?

R: Medicare paga por una variedad de servicios si usted necesita atención en el hogar, en un hospicio (para pacientes con enfermedades terminales), cuidado de salud mental, o atención en un centro de enfermería especializada. Usted debe cumplir con ciertas condiciones para calificar para estos tipos de servicios.

Preguntas sobre:

Servicios de Salud en el Hogar o **en un Hospicio** - Llame a su Intermediario Regional de la Salud en el Hogar (ver páginas 29-30) o pida folletos sobre estos temas al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Cuidado de la Salud Mental - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada - Llame a su Intermediario Fiscal (ver páginas 27-28, o pida una copia de *The Guide to Choosing a Nursing Home (La Guía para escoger una casa para el cuidado de ancianos o enfermos)*, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)).

Usted también puede encontrar estos folletos en el Internet en www.medicare.gov.

P20: ¿Qué es cuidado a largo plazo?

R: Cuidado a largo plazo es cuidado que le ayuda con sus quehaceres diarios, como bañarse, vestirse, el aseo, y las comidas. Este cuidado puede brindarlo fácil y seguramente una persona sin especialización profesional o entrenamiento. Usted puede conseguir cuidado a largo plazo en su casa o en un asilo para ancianos si está incapacitado o tiene una enfermedad de largo plazo. Vea la pregunta 21 para información sobre como pagar.

P21: ¿Quién paga por el cuidado a largo plazo?

R: Por lo general Medicare no paga por cuidado a largo plazo. Si sus ingresos y recursos son limitados, su Estado tal vez pueda ayudarle a pagar por cuidado a largo plazo. Si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los gastos por servicios de salud quedarán cubiertos. Es posible que usted también califique para el beneficio de asilo para mayores Medicaid. Llame a su oficina estatal de asistencia médica para conseguir más información (ver página 34).

Usted puede comprar un seguro de cuidado médico de largo plazo por medio de una empresa privada de seguros, pero verifique que el agente tiene licencia en su Estado. Cada póliza puede ser diferente. Contacte a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud para más información (ver página 25) o escriba a: National Association of Insurance Commissioners, Publications Dept., 120 West 12th Street, Suite 1100, Kansas City, MO, 64105. Pida una copia de

- *A Shopper's Guide to Long-Term Care Insurance.*
  La Guía para el Comprador de Seguros de Cuidado a Largo Plazo

Usted también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir una copia de

- *The Guide to Health Insurance for People with Medicare.*
  Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare.

P22: ¿Cómo puedo averiguar sobre asilos para ancianos en mi área?

R: Ahora usted puede conseguir información importante sobre los asilos para ancianos en su área por vía del Internet, en www.medicare.gov. Busque en "*Nursing Home Compare*" (Comparar asilos de ancianos) para ver donde se encuentran en su área, cual es su tamaño, y si se han reportado problemas. Si usted no tiene computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores tal vez pueda ayudarlo a encontrar esta información.

Publicaciones Gratuitas Sobre Medicare y Temas Relacionados

Para solicitar una copia de...

- *Does your Doctor or Supplier Accept Assignment¿Su Médico o Proveedor Acepta Asignacion?*
- Guide to Choosing a Nursing Home
  Guía Para Escoger un Asilo para Ancianos
- Guide to Health Insurance for People with Medicare
  Guía sobre Seguros de Salud para Personas con Medicare
- Health Plan Comparison Information
  Información sobre como Comparar Planes de Salud
- Learning About Medicare Health Plans
  Aprendiendo sobre Planes de Salud Medicare
- Medicare Coverage of Kidney Dialysis and Kidney Transplant Services
  Cobertura Medicare de Diálisis Renal y Servicios de Transplante de los Riñones
- Medicare Health Plan Quality and Satisfaction Information
  Información sobre la Calidad de Planes Medicare y Satisfacción
- Medicare Home Health Care Services
  Servicios de Cuidado de la Salud en el Hogar Medicare
- Medicare Hospice Benefits
  Beneficios de Hospicio Medicare
- Medicare Preventive Services
  Servicios Preventivos Medicare
- Medicare Supplemental Insurance (Medigap) Policies and Protections
  Pólizas y Protecciones de Seguro Suplemental Medicare (Medigap)
- Medicare & You
  Medicare y Usted (puede conseguirse en Inglés, Español, audiocassette, o Braille)
- Worksheet for Comparing Medicare Health Plans
  Tabla para Comparar Planes de Salud Medicare
- Your Guide to Medicare Medical Savings Accounts
  Su Guía para Cuentas de Ahorro Médico
- Your Guide to Private Fee-for-Service Plans
  Su Guía para Planes Privados de Pago-por-Servicio

Llame a: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal).

Para pedir copia de....

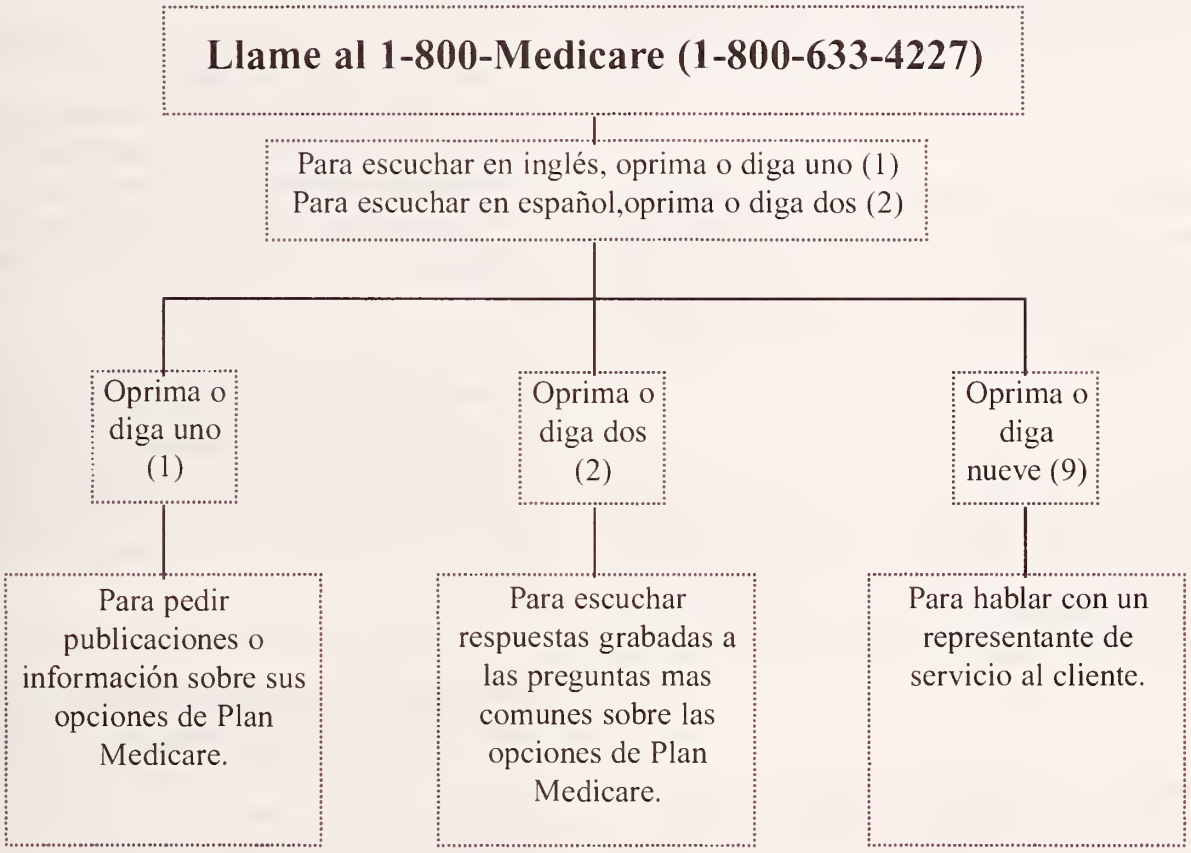
- *A Shopper's Guide to Long-term Care Insurance*
  La Guía para el Comprador de Seguros de Cuidado a Largo Plazo

Escriba a:

NAIC
Publications Dept.
120 West 12th Street
Suite 1100
Kansas City, MO, 64105

Llame al 1-800-MEDICARE para:

- Conseguir más ayuda con sus preguntas sobre Medicare.
- Solicitar publicaciones de Medicare. (Algunas se pueden conseguir en inglés, español, audiocasette, y Braille).
- Solicitar información detallada sobre los planes de servicios de salud administrados Medicare en su área.
- Solicitar información sobre la calidad y satisfacción del cliente con planes de salud Medicare.
- Escuche respuestas grabadas a preguntas sobre temas como las opciones de planes Medicare, e información sobre la calidad de planes de salud.



Datos Importantes Sobre 1-800-MEDICARE

- Si usted tiene un impedimento auditivo o vocal, llame gratis a nuestro número TTY/TDD al 1-877-486-2048 para estas opciones.
- Si usted tiene un teléfono de botones, oprima los números indicados. Si tiene un teléfono rotario, o si le es difícil marcar, después de haber marcado 1-800-633-4227 usted puede sencillamente pronunciar los números para pedir lo que desea.
- Usted puede escuchar grabaciones con respuestas a preguntas frecuentes, y puede solicitar publicaciones las 24 horas al día, 7 días a la semana.
- Usted puede hablar con un Representante de Servicio al Cliente entre las 8:00 a.m. y 4:30 p.m. (su hora local), de lunes a viernes.

Período de Beneficios - La forma en que Medicare mide su uso de servicios de hospital y de centros de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que usted va a un hospital o un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido servicios de hospital o de enfermería especializada por 60 días consecutivos. Si usted entra en el hospital después de que se haya terminado un período de beneficios, empieza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible por paciente interno de hospital para cada período de beneficios. No hay límite al número de períodos de beneficios que usted puede usar.

Co-seguro - El porcentaje del monto aprobado por Medicare que usted tiene que pagar después de haber pagado el deducible de la Parte A y/o Parte B. En el Plan Original de Medicare, el pago del co-seguro es un porcentaje del costo del servicio (por ejemplo, el 20%).

Co-pago - En algunos planes de seguro Medicare, es el monto que usted paga por cada servicio médico que recibe, por ejemplo, una consulta medica. En el programa Medicare, el co-pago usualmente es un monto fijo que se paga por servicio, por ejemplo $5 o $10.

Deducible - El monto que usted debe pagar por servicios de salud, antes de que Medicare comience a pagar. Existe un deducible por cada período de beneficios para la Parte A, y por cada año para la Parte B. Estos montos pueden variar de año en año.

Medicaid - Un programa conjunto Federal y Estatal que ayuda con los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían entre Estado y Estado, pero cubren la mayoría de los costos de servicios de salud si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Médicamente Necesario - Servicios o suministros que:

- son apropiados y necesarios para diagnosticar o tratar su condición médica;
- se proveen para el diagnóstico, atención directa, y tratamiento de su condición médica;
- satisfacen las normas de la buena practica médica en la comunidad médica de su área local; y
- no son primariamente para la conveniencia de su doctor.

Medicare + Opción - Un nuevo programa de Medicare que ofrece mayores opciones entre planes de salud Medicare. Toda persona que tenga Partes A y B de Medicare es elegible, con la excepción de aquellos que padezcan de Enfermedad Renal de Etapa Final.

Peer Review Organization (PRO) - Organización de Revisión de Normas Profesionales. Grupos de médicos activos y otros expertos pagados por el Gobierno Federal para que vigilen y mejoren la calidad del cuidado que se le brinda a pacientes de Medicare. Tienen la obligación de revisar sus quejas sobre la calidad de la atención que ofrecen hospitales internos, departamentos externos de hospitales, salas de emergencia de los hospitales, centros de enfermería especializada, agencias de salud en el hogar, planes de servicios de salud administrados Medicare, y centros quirúrgicos externos.

Prima - Su pago mensual por cobertura de servicios de salud a Medicare, a una compañía de seguros, o a un plan de servicios de salud.

Días Reserva - Los 60 días que Medicare pagará cuando usted se encuentre en un hospital por más de 90 días. Estos 60 días de reserva sólo pueden utilizarse una vez durante su vida. Por cada día reserva durante su vida, Medicare pagará todos los gastos cubiertos, excepto un co-seguro diario ($384 en 1999).

Cuidado Especializado - Un nivel de cuidado que debe proporcionarse o manejarse por profesionales licenciados en servicios de salud, y que está bajo la dirección general de un médico. Con este tipo de servicio se atienden todas sus necesidades, incluyendo servicios directos. Si usted necesita cuidado especializado, no importa si su enfermedad es aguda, crónica, o terminal. No queda cubierto ningún servicio que pueda ofrecerse seguramente por una persona ordinaria, no-médica (o por uno mismo), y sin la supervisión directa de un profesional licenciado en servicios de salud.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) - Una organización Estatal que recibe dinero del Gobierno Federal para ofrecer consejería gratis sobre los seguros de salud, y asistencia a personas con Medicare.

Página(s)

1-800-MEDICARE Línea Gratis 53
Abrazaderas (brazo, pierna, espalda, cuello) 8
Agencia de Seguros Medicare 6, 21, 23-24, 41, 42, 44, 46
Anteojos 8
Aparatos para Sordos 8
Apelaciones 37-39, 41, 49
Área de Servicio 15-16, 44, 49
Asignación 6-7, 47
Asilos para Ancianos 21, 31-32, 40, 50-52
Aviso Resumen de Medicare 12, 38, 41, 46
Beneficiario Calificado de Medicare 9, 34
Beneficiario Especificado de Bajo Ingreso 9, 34
Beneficios por Enfermedad Pulmonar Minera 44
Brazos, Piernas, y Ojos Artificiales 8
Calidad (de Plan) 16-17, 48, 52
Cargo Limitador 47
Centro de Enfermería Especializada (SNF) 4-5, 27, 28, 40, 50
Centro Siquiátrico Cuidado Especializado 5
Cirugía para las Cataratas 8
Cobertura de Exámenes Diagnósticos 8
Cobertura de Salud Patronal 10, 12-14, 43-44
Cobertura de Salud Sindical 10, 12-13, 31
Colonoscopía 7
Compensación del Trabajador 44
Co-Seguro 7, 8, 12, 40, 47, 54
Costos Directos de Bolsillo 8, 10, 12, 16
Contrato Privado 45
Cuentas de Ahorro Medico Medicare 20-52
Cuentas (Reclamos) Monto Aprobado 23-24, 27-28, 41, 44, 46
Cuidado Custodial 8
Cuidado Dental 8
Cuidado de Emergencia 8, 37, 49
Cuidado de Hospicio 4, 5, 21, 30, 50
Cuidado de Inscripción Admininstrada 18
Cuidado de los Ojos 8
Cuidado del Pie 8
Cuidado de Relevo 5
Cuidado de la Salud en el Hogar 4, 5, 21, 30, 39, 41, 50
Cuidado de la Salud Mental 5-6, 50
Cuidado Urgente 49
Deducible 6, 7, 8, 12, 54
Definiciones 54-55
Departamento de Veteranos de los Estados Unidos 10
Derechos 15, 19-20, 37, 42, 49
Diálisis de los Riñones (transplantes) . . . 8, 15, 21, 22
Días Reserva 5, 55
Discriminación 22, 39
Eligibilidad (Parte B) 4, 43
Enfermedad Renal de Etapa Final 3, 15
Equipo Medico Duradero 5-6, 21, 26, 40, 41
Especialista 3, 12, 16, 37, 48-49
Evaluación de Co-Pagos del Consumidor . 5, 6, 8, 54
Examen de Sangre Fecal Oculta 7
Examen Papanicolau 7
Examen para el Cáncer Colorectal 7
Exámenes Digitales Rectales 7
Exámenes Físicos 6, 8
Exámenes para el Cáncer de la Próstata 7
Explicación del Aviso de Beneficios Medicare 12, 38, 41, 46
Fraude y Abuso 21, 22, 41-42, 46, 48
Hepatitis B 7
Hospital(es) (cuidado, cobertura) 3, 5, 6, 27-28
Individuo Calificado 9, 34
Inscripción Abierta Medigap 14
Inspector General 21, 22, 42
Intermediario Fiscal 5, 21, 27-28, 40, 42, 46
Intermediario Regional de la Salud en el Hogar 5, 21, 30, 41
Internet 14, 17, 20, 51
Lancetas 7
Libretos/Folletos con Mas Información 52
Mamografía 7
Medicare + Opción 11, 54
Medicinas Recetadas 3, 8, 16, 44
Medicare SELECT 13, 14
Medición de la Masa Ósea 7
Médico de Atención Primaria 48, 49
Medigap 12-14, 19, 20, 25, 41, 44-45, 52
Monitoreo de Diabetes 7
Monitoreo de la Glucosa 7
Números Telefónicos para Buscar Ayuda 21-35
Oficina para los Derechos Civiles 21, 22, 39

*U.S. Government Printing Office: 1999 — 455-391/80012

Página(s)

Opción Punto-de-Servicio 16
Opciones en Planes de Salud 10-20, 21-22, 53
Organización de Revisión de Normas Profesionales 21, 31-32, 38-39, 54
Pagador Secundario Medicare 44
Parte A (Seguro de Hospital) 3-5, 8-9, 15, 27-28
Parte B (Seguro Médico) 3-4, 6-9, 13, 15, 23-24
Período de Beneficios 5, 54
Período de Inscripción Especial 43
Período de Inscripción General 43
Plan Original de Medicare 3-8, 11-14, 37-39, 41, 43-47
Planes Medicare de Salud Administrada 3, 13-19, 21, 37-39, 41, 43-45, 48-49
Planes Privados de Pago-por-Servicio 20, 52
Pólizas Medigap 12-14, 25, 52
Preaviso al Beneficiario (ABN) 39
Preguntas y Respuestas 43-51
Prima 4, 8, 9, 12, 15-16, 18, 48, 55
Programa de Seguros de Salud para Niños 9
Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud 14, 17, 21, 25, 45, 51, 55
Prueba Especifica de Antígeno para la Próstata 7
Prótesis 8
Protecciones 39-42
Publicaciones 22, 52
Quejas/Reclamos 17, 31-32, 38
Rayos-X 8
Referidos 16, 49
Retirado Ferroviario 4, 12, 21-22, 43-44
Retirado Militar 10
Retiro del Servicio Civil 4, 12
Sangre 5
Seguro Social 4, 9, 12, 15, 19, 21-22, 43
Servicios Cubiertos (Parte A y Parte B) 3-8, 43
Servicios de Ambulancia 8
Servicios de Hospital Externos 6
Servicios de Laboratorio Clínico 6
Servicios de Practicante de Enfermería 8
Servicios de Sicólogo Clínico 8
Servicios de Trabajador Social Clínico 8
Servicios Ópticos 8
Servicios Preventivos 7, 8, 52
Servicios Quiroprácticos 8
Tarjeta Medicare 4, 9, 11
Terapia Física 4-6, 8
Terapia Ocupacional 4, 6, 8
Terapia Vocal 5, 6, 8
Trabajador Social 8
Transplantes 8
Vacuna Contra la Gripe 7
Vacuna Contra la Pulmonía 7
Vacunas 7-8
Veteranos 10
Viajes 8, 12, 44
Y2K (Año 2000) 46
Zapatos Ortopédicos 8

CMS LIBRARY
3 8095 00014258 4

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Administración para el Financiamiento de Servicios de Salud
7500 Security Boulevard
Baltimore, Maryland 21244-1850

Asunto Oficial
Penalidad por Uso Privado, $300

Publicación No. HCFA - 10950
Revisado en 1999

Medicare & You 2000 (Sp)

Manual Nacional de Medicare, con lista de teléfonos locales.

Para conseguir este manual en audiocassette, en letra grande, o en Braille, llame al 1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 para personas con impedimento auditivo o vocal.

HCFA
MEDICARE • MEDICAID
Health Care Financing Administration

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o busque en el Internet en www.medicare.gov para conseguir ayuda con sus preguntas sobre Medicare.

Do you need a copy in English? Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, TTY/TDD: 1-877-486-2048 for the speech and hearing impaired.)